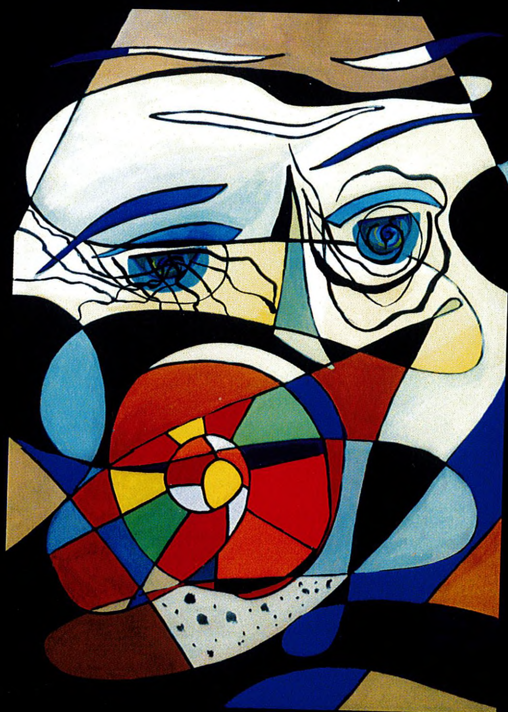
Iolanda Mitrofan Doru Buzducea

Consiliere și terapie centrată pe traumă



Editura SPER



IOLANDA MITROFAN DORU BUZDUCEA

CONSILIERE ŞI TERAPIE CENTRATĂ PE TRAUMĂ



Editura SPER
Colecţia Caiete Experienţiale Nr. 40
Bucureşti
2011

ISBN 978-973-8383-81-4

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
MITROFAN, IOLANDA
Consiliere şi terapie centrată pe traumă / Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea. - Ed. a 2-a, rev. - Bucureşti : Editura SPER, 2011
ISBN 978-973-8383-81-4

I. Buzducea, Doru

159.9

Tehnoredactare: Adrian Luca
Coperta: Mădălina Voicu
Imagine copertă: Gabriela Szilagi

Difuzare - Editura SPER
Bucureşti, Bd. Chişinău nr. 12, Sector 2
Tel./Fax 031.104.35.18 Email: sperpsi@gmail.com
Web: http://www.sper.ro

Cuprins

Motto:

„Nu contează ceea ce noi așteptăm de la viață, ci ceea ce viața așteaptă de la noi"

V. Frankl

Prefață

Suntem conștienți de faptul că o carte despre pierdere, suferință și modalitățile prin care putem face față acestora, poate să tulbure sufletul celor care s-au confruntat mai puțin cu evenimente traumatizante și cu situații limită, dar poate totodată constitui un sprijin pentru o mai bună înțelegere și depășirea stresului posttraumatic pentru cei care au supraviețuit suferinței, parcurgând parțial sau în totalitate această experiență psihologică.

Suntem convinși că din ce în ce mai mulți oameni se confruntă astăzi cu pierderea celor dragi, cu durerea multiplelor pierderi cauzate de maladii incurabile, cu situațiile de abandon și separare socioafectivă, cu traumele și accidentele de tot felul, cu sărăcia și lipsa de speranță, modificări imprevizibile de status-rol cu urmări în scăderea autoîncrederii, deteriorarea imaginii de sine și a echilibrului psihologic. Lor le dedicăm, în primul rând, eforturile noastre.

În același timp, există o serie de profesioniști implicați în actul medical, psihologic și social al asistării acelor categorii de persoane care parcurg experiențe biologice și psihologice limită, precum și în asistarea familiilor și prietenilor acestora, supraviețuitorii suferinței. Medici, asistenți sociali și medicali, psihologi și psihoterapeuți, preoți se confruntă ei înșiși cu stresul psihologic inerent contextului profesional și spiritual al celor pe care îi sprijină. În această situație, ei stau mereu sub semnul lipsei de speranță, a unei «neputințe învățate» și a recunoașterii frustrante a imposibilității de a aduce rezolvare și alinare.

Pentru aceşti profesionişti aflaţi în preajma suferinţei, disperării şi tragismului pierderilor multiple (biologice, psihologice şi sociale) nu este deloc uşor să se adapteze şi să găsească cele mai potrivite mijloace de comunicare şi de suport emoţional. Adesea, ei înşişi devin deprimaţi sau furioşi faţă în faţă cu «irecuperabilul», gustând zilnic doza de intoxicare cu sentimente de neputinţă, culpabilizare, teamă, izolare, tristeţe cronică.

Ei înşişi au nevoie de consiliere şi psihoterapie a durerii, în egală măsură de sprijin profesionist şi spiritual. De aceea este necesar să cunoască cele mai indicate modalităţi de a face faţă, de a comunica şi sprijini pe cei aflaţi în suferinţă şi situaţii limită. Practicarea şi experimentarea acestora poate oferi experienţei durerii psihologice şi fizice un sens superior, o altă înţelegere şi acceptare, precum şi integrarea ei ca o experienţă ziditoare şi de dezvoltare a conştiinţei, de spiritualizare şi evoluţie personală.

Puterea de a îndura, de a accepta, de a înţelege, de a sprijini şi de a dărui necondiţionat, fără a înceta să iubeşti şi să speri, poate însenina, creşte şi fortifica fiinţa umană confruntată cu cele mai irevocabile şi indezirabile situaţii, o poate ajuta să se înalţe dincolo de ele. Înţelegându-le tâlcul ascuns, omul învinge, stăpâneşte şi integrează experienţa durerii, transformând-o în parte a devenirii sale.

Autorii

Experienţa psihologică a pierderii şi suferinţei - noi abordări şi noi perspective

Domeniul pe care îl vom aborda: pierdere şi suferinţă, cum să faci faţă acestora şi cum să supravieţuieşti într-o lume bântuită de durere şi aflată parcă în culmea disperării, va suscita interes, sperăm, nu numai din partea specialiştilor care lucrează în astfel de domenii (boala cronică, handicap şi deficienţă, divorţ, boli terminale şi hospitalism, adopţie, sărăcie, probleme şcolare, inadaptare socială ş.a.m.d.) ci şi din partea omului simplu, a cetăţeanului de rând, care se va regăsi în întregime, sau măcar în parte, în această carte scrisă în spiritul experienţei pierderii şi a durerii.

Este un domeniu complex, ce implică factori diverşi, precum circumstanţele şi natura pierderii, experienţa schimbărilor, lipsa sau prezenţa sprijinului exterior, consecinţe etc. Pe parcurs vom încerca să facem diferenţierea între aplicabilitatea domeniului în cazul adulţilor şi în cazul copiilor (a căror durere diferă de cea a adulţilor). De cele mai multe ori, copiii sunt obligaţi de soartă să conlucreze cu durerea. Conceptele teoretice sunt schimbătoare, iar teoriile ştiinţifice migrează dintr-o parte în alta. Deasupra tuturor acestora, precum sabia lui Damocles, planează pierderea, suferinţa, durerea, schimbarea, speranţa şi moartea.

În decursul istoriei, structurile şi tendinţele demografice au suferit mutaţii pe alocuri majore, stilurile de viaţă au evoluat, cutumele şi normele sociale s-au metamorfozat. Posibilităţile de acces la serviciile medicale specializate s-au mărit, sărăcia a căpătat noi forme şi nuanţe, intervenţia specialiştilor în servicii psihosociale a devenit o parte necesară şi recunoscută că atare. Nici măcar

conceptul de familie nu mai este constant. S-au produs noi mutaţii şi noi alternative în psihosociologia şi psihosexologia familiei (I. Mitrofan şi C. Ciupercă, 1997, 1998). Responsabilitatea îngrijirii celui bolnav a rămas, însă, tot pe umerii celor care sunt alături şi atunci când starea sănătăţii persoanei în cauză se reînscrie în parametri normali. Trăirile interioare legate de pierderi multiple sunt aceleaşi ca odinioară: suferinţă, durere, sfâşiere.

Separarea copiilor de părinţi (divorţ, şcoală, slujbă, migraţie) a devenit un fenomen din ce în ce mai des întâlnit şi acceptat ca fiind o necesitate. Pe de altă parte, „a devenit un lucru general acceptat că se acordă din ce în ce mai puţină atenţie dezvoltării emoţionale a copiilor" (Capon, 1950: 866). Copiii îşi petrec timpul din ce în ce mai mult singuri. Rudele şi părinţii sunt absenţe notabile în cea mai mare parte a timpului. Recunoaşterea separaţiei - cauzată de hospitalism sau alte motive - ca fiind o sursă a durerii pentru copii este un aspect fundamental al ortodoxiei îngrijirii copilului. Iată de ce este necesară cunoaşterea istoriei fiecăruia dintre copii - pentru a-i ajuta să-şi dezvolte propriul viitor.

Fiecare individ învaţă despre «propria lume» şi este influenţat de aceasta chiar înainte de a ţâşni din pântece. Teoriile dezvoltării psihologice şi transpersonale nu numai că insinuează o asemenea realitate, dar au şi dezvoltat o sumă de concepte şi construcţii unitare pe această temă. Dezvăluirea bagajului ereditar şi a circumstanţelor din mediul exterior se pot constitui într-o paradigmă ce elucidează mult din soarta unui individ. În afara excepţiilor, hazardului sau a potenţialităţilor de geniu ascunse chiar şi de destin, pe baza cunoaşterii a ceea ce am arătat mai înainte, multe se pot spune despre viitorul fiinţei omeneşti.

Încrederea şi ataşamentul faţă de anumite persoane dragi înseamnă mult mai mult decât un sprijin la nevoie. Înseamnă **centrul de care depinde refacerea şi reconstrucţia în cazul pierderilor multiple şi al suferinţei.** Fiecare persoană are în viaţă anumite persoane speciale, pe care se poate baza în rezolvarea crizelor şi a dilemelor cruciale. Pierderea acestora poate avea un efect

profund chiar şi în structura personalităţii umane. Riscul expunerii la factori patogeni se măreşte. Confruntarea cu pierderi masive înseamnă şi expunere masivă la situaţii de risc.

Toate teoriile care dezvoltă fundamente în vederea înţelegerii experienţelor şi tratării complicaţiilor cauzate de multiple pierderi prezintă pe lângă avantajul construcţiilor bine cristalizate şi dezavantajul anumitor limite. Teoria tradiţională asupra durerii, care tinde să se focalizeze pe răspunsul individului la un singur eveniment de pierdere, este considerată de către unii autori ca fiind depăşită şi inadecvată (Bidgood, 1992).

Caracteristicile pierderilor multiple cu care se confruntă supravieţuitorii - cantitatea şi calitatea pierderii, efectele cumulative, magnitudinea pierderii, vârsta la care apare pierderea, natura pierderii, etiologia şi efectele - determină unicitatea şi singularitatea fiecărei experienţe şi fiecărei trăiri în parte. Durerea multiplă, pierderea continuă, pierderea individuală şi cea globală se constituie în realităţi cu greu abordabile. Dacă pentru anumiţi supravieţuitori „durerea nu se va sfârşi niciodată" (Colburn & Malena, 1988: 23), aşa cum şi supravieţuitorii din studiul lui Shrader (1992) o cred, aceştia vor intra pe nedorita poartă a durerii cronice.

Durerea reprezintă procesul şi încercarea de adaptare la irevocabilitatea pierderilor suferite (obiecte, relaţii şi vise). Definiţia include răspunsurile spontane care izvorăsc în supravieţuitori la apariţia pierderilor. Întrucât acestea sunt irevocabile, necesită acceptare şi adaptare. Durerea apare la moartea sau la separarea de o fiinţă dragă, la pierderea poziţiei comunitare, a visurilor, aşteptărilor, iluziilor, a zeului în care crezi, a limbii pe care de mic copil ai învăţat-o, a rudelor şi ţării de origine.

De regulă, definiţiile date durerii includ doar asumpţii legate de o singură pierdere, şi doar puţine încercări de cuprindere conceptuală a pierderii se referă la ramificaţiile pierderilor multiple. Unele definiţii declară durerea ca un simplu răspuns (Kastenbaum, 1977; Martocchio, 1985), reacţie (Crow, 1991) sau proces (Rando, 1984), ceea ce creează impresia supravieţuitorilor că durerea este o

întâmplare pasivă. Worden explicitează acest punct de vedere astfel: „Această abordare implică ideea că durerea poate fi influenţată de intervenţia din afară. Cu alte cuvinte, durerea poată fi văzută pasiv, ca ceva care ţi se impune şi prin care trebuie să treci, în timp ce abordarea scopurilor acordă durerii un sens mai larg, al susţinerii şi suferinţei că ceva activ poate fi făcut" (1991: 35).

Există autori (Shapiro, 1995) care valorizează **teoria detaşării** ca modalitate de vindecare interioară în cazul durerii provocate de pierdere. Joseph Campbell (1988: 14) contrazice această teorie, afirmând că: „În Africa trăirea laolaltă cu moartea, ceea ce înseamnă aducere aminte, este un principiu fundamental intermediar între viaţa unui trib şi Fiinţa Invizibilă. Sunt angajaţi în lumea trăirii...". O analiză transculturală focalizată pe ceea ce omul simte şi cum se comportă faţă de moarte ar concluziona diversitatea şi complexitatea cultural-spirituală pe de o parte, iar pe de altă arte misterul şi devenirea fiinţei umane. Provocarea confruntării *«face to face»* cu realitatea pierderii se păstrează pe toate meridianele şi paralele Pământului.

Fiinţa iubită înseamnă centrul Universului, locul unde toate drumurile duc, unde visele devin realitate şi unde totul capătă formă şi contur. Ceea ce iubim pare indispensabil şi parte din propria fiinţă.

Ignorarea irevocabilităţii pierderilor înseamnă împământenirea supravieţuitorului în stadiul negocierilor (Kubler-Ross, 1969), confuzie cronică sau, conform paradigmei lui Erik Erikson (1959/1980), disperare. **„Personalitatea sănătoasă acceptă pierderea** şi nu permite nici o substituţie ca parte a propriului şi singurului ciclu al vieţii" (Erikson, 1959, 1980: 104-105). Pentru persoana matură şi echilibrată, pierderea **este o încercare şi o şansă de elevaţie interioară, de fortificare şi evoluţie personală.**

Când aceste pierderi nu sunt acceptate şi integrate, urmează disperare şi dezgust. Această realitate este de o importanţă colosală în cazul pierderilor colective, globale, care antrenează o întreaga masă de oameni. Joseph Bess (1969) defineşte durerea prin 233 de caracteristici. Procesul şi suferinţa durerii includ intrarea într-un

spectru larg de răspunsuri și opțiuni disponibile supraviețuitorilor. Aplicând toate acestea la provocarea secolului - SIDA - celebra autoare Elisabeth Kubler-Ross (1987) numește această boală ca fiind ultima provocare/somație.

De regulă, specialiștii au ignorat domeniul pierderilor multiple, întrucât acesta era practic extraordinar de rar întâlnit până la apariția maladiei incurabile. Durerea nu este niciodată plăcută sau ușoară. Supraviețuitorii pierderilor multiple se confruntă cu un număr mare de factori, care fac durerea mai insuportabilă și chiar mai greu de rezolvat.

Homosexualii supraviețuitori ai multiplelor pierderi cauzate de SIDA și care trăiesc în comunități specifice lor, se confruntă cu dificultăți nemaiîntâlnite în altfel de comunități (Klein, 1994: 15). Pierderile comunitare afectează irevocabil circumstanțele și contextele sociale. Se leagă de aspectele sociale, culturale, politice, sexuale și spirituale ale comunității respective. Pierderile individuale și colective îndurate de comunitatea homosexualilor înseamnă trecerea întregului sub imperiul pierderii.

Rețelele dense în care membrii unui grup social mențin relații închise dau naștere - în caz de catastrofe de orice natură - la durere marcată nu de puține ori de înaltă simptomatologie, sărăcire sufletească și scăderea nivelului stimei de sine. Stylianos și Vachon notează că rețelele sociale încărcate/dense măresc șansa ca evenimentele de viață stresante, care implică pierdere, să afecteze multe grupuri de persoane. „În asemenea situații, membrii rețelei nu au energie emoțională să facă față nevoilor celuilalt" (1993: 398).

Individul care, el însuși, este un supraviețuitor, este mai puțin capabil să-l sprijine pe alt supraviețuitor. **Impactul durerii reprezintă o devastare circulară.** Când se simte cea mai mare nevoie de sprijin, tocmai atunci acesta lipsește. Revenirea din durere este împiedicată, nu numai prin multiplele și cumulativele pierderi, ci și prin absența persoanelor dispuse și pregătite pentru a oferi sprijin.

Distrugerea este un cuvânt deseori folosit de către supraviețuitori pentru a descrie experiențele prin care trec. „Au dificultăți din

cauza faptului că pierderile sunt prea copleşitoare pentru a le mai putea face faţă". (Rando, 1984: 65) Supravieţuitorilor le lipseşte timpul necesar pentru a contempla în parametri normali procesul pierderii. Kastenbaum (1969) notează că pot interveni şi alte decese înainte ca durerea simţită să fie vindecată. În cazul unor pierderi extreme, cum ar fi Holocaustul, Cohen (1991) observa faptul că supravieţuitorii sunt într-o suferinţă constantă iar succesul nu mai poate apărea.

De cele mai multe ori, supravieţuitorii spun că nu ştiu pentru ce le-a fost dat să sufere. Krystal notează că „nu există putinţă de absorbţie absolută, ci una limitată, a pierderilor sau a acceptării efectelor negative" (1981: 179). Când pierderile cumulative penetrează capacitatea de toleranţă a individului, blochează stările emoţionale în stadiul durerii cronice, destructurării, lipsei de sens şi lipsei oricărei plăceri. „Durerea efectivă cere răspunsuri emoţionale totale, care sunt simţite şi recunoscute ca atare". (p. 186) Natura extremă a pierderilor multiple şi cumulative are şi o componentă anticipatorie, în cazul acelor evenimente de viaţă care pot fi prevăzute.

Termenul de **durere anticipatorie** înseamnă separarea, în interiorul procesului normal de suferinţă, a inocentelor reacţii la durere de durerea produsă de evenimente viitoare (Lindemann, 1944: 147). Această realitate prezintă avantajul unei posibilităţi de activare a prevenţiei primare (înainte de constituirea în fapt a evenimentului dureros). Suferinzii disting totdeauna între durerea **dinainte** de eveniment şi durerea de **după** eveniment, deşi durerea este totdeauna un proces individualizat.

Diviziunea între durerea pre- şi post-eveniment poate fi dăunătoare din cel puţin două motive. În primul rând, ar minimaliza experienţa supravieţuitorului, nemaiacordându-i intensitatea ieşită din comun la un moment dat, fragmentând în felul acesta durerea, într-adevăr liniară, dar comasată într-un punct critic. În al doilea rând, distincţia între durerea anticipatorie şi durerea post-eveniment este artificială şi nepotrivită. Ştiinţa şi filosofia recunosc continuumul care există între viaţă şi moarte, între problemă şi lipsă de problemă. Distincţia între două sau mai multe episoade ale aceleiaşi dureri ne

reîntoarce la discreditarea modalității de diferențiere între viață și moarte.

Lindemann (1944: 147) consemnează că cei ce suferă în mod anticipator „trec prin toate etapele durerii”. Gradul durerii, care este o parte inerentă a supraviețuitorilor multiplelor pierderi, golește de sens termenul de durere anticipatorie, dată fiind moartea fizică din final. Este extrem de important ca supraviețuitorii și specialiștii să vadă durerea ca fiind durereșisă evite falsele minimalizări de distincție între dureri dinainte sau după eveniment.

Există și păreri conform cărora durerea timpurie pregătește eventualii supraviețuitori pentru durerea de după evenimentul cu pricina (traumă, moarte, etc). Prima imagine care ne vine în minte este cea a persoanelor infectate cu HIV, în care moartea este dinainte știută. Cu toate acestea, Kastenbaum concluzionează că o introducere timpurie în procesul pierderii nu reduce impactul morții: „nimeni nu poate plăti în avans suferința ce va să vie... „ (1977: 246). Nu este decât o extindere a durerii. Familiaritatea cu pierderea și suferința nu face procesul în sine mai ușor, ci mult mai dificil. „Prea multă anticipare și repetare a ciclului durerii anticipatorii are ca efect privarea supraviețuitorilor de energia necesară pentru a face față procesului pierderii” (Martocchio, 1985: 335).

Pe de altă parte, reacțiile de aniversare sunt și ele experiențe dureroase. Sunt în strânsă legătură cu evenimentele speciale pe care supraviețuitorul le-a împărtășit cu cel pierdut. Aceste experiențe pot induce aniversarea zilei de căsătorie, a zilei de naștere, a zilei în care a avut loc decesul etc. Orice eveniment special care amintește de cel pierdut înseamnă o zi de aniversare și aducere aminte. Uneori, acestea pot constitui și o **sursă a depresiei** (Musaph, 1990). Specialiști sau prieteni de suflet pot ajută supraviețuitorii să înțeleagă contextul experiențelor dureroase, normalizând astfel multe din situațiile, până la acea data, încă anormale.

Martin și Dean (1993) au găsit o diferență între supraviețuitorii care au suferit recent pierderi multiple și cei care au **pierderi cronice** multiple. Pierderea cronică este stresantă și irupe în depresie și abuz de

drog. Durerea este continuă, iar supravieţuitorii se întreabă: *„Unde este finalul?".* Se trăieşte cu frică şi anxietate constantă. Suferinţa complicată, durere anormală, durere nerezolvată, durere patologică sunt doar câţiva termeni ce se referă la procesul durerii care nu-şi urmează cursul normal (Worden, 1991). Departe de a fi anormalitate, simptomele indicatoare ale suferinţei complicate pot fi un răspuns uman normal la copleşitoarea durere şi pierdere căreia supravieţuitorii trebuie să-i facă faţă.

Durerea nerezolvată are caracteristicile unei trăiri cronice, absente, întârziate sau deformate. **Durerea cronică** este extinsă sau excesiv de intensă (Martocchio, 1985). **Durerea întârziată** apare când simptomele normale ale pierderii apar după o lungă perioadă de absenţă a durerii (Lindemann, 1944) şi poate fi aparentă când altcineva se îmbolnăveşte, prezintă probleme (Parkes, 1972). **Durerea deformată** este prezentă în izolare, iritabilitate excesivă, evitare, şi în alte relaţii interpersonale alterate (Lidemann, 1944). Kastenbaum (1977) prezintă câteva caracteristici ale persoanelor suferinde: retragere socială, preocupare pentru detaliile morţii, dificultate mărită de a accepta realitatea pierderii, mai multă dezorganizare în viaţă, anxietate, privire pesimistă asupra vieţii.

Supravieţuitorii pierderilor multiple se află în tragica situaţie de a prezenta un risc crescut de durere şi suferinţă complicată, întrucât sunt expuşi la factori de risc multipli. „Existenţa mai multor factori măreşte riscul complicaţiilor". (Rando, 1993: 454) Aceşti factori pot fi: lipsa suportului social, istoria pierderii, agenţi stresori aflaţi în concurenţă, relaţii ambivalente, tipuri de pierderi ş.a.m.d. Suferinţa nu este în mod obligatoriu o problemă intrapersonală, ci mai degrabă „o criză a unei reţele sociale" (Stylianos&Vachon, 1993: 397).

Sprijinul social este văzut, pe bună dreptate, ca indispensabil în revenirea şi depăşirea stărilor dureroase. Reprezintă un răspuns şi o oportunitate de reconectare şi reataşare la ceilalţi şi la o anumită comunitate. Înseamnă posibilitatea de a identifica şi exprima sentimente. **Suportul social** sau, în caz nefericit, lipsa acestuia reprezintă o variabilă crucială în procesul de adaptare a

supraviețuitorilor la pierderi multiple. „Unul dintre cei mai buni indicatori ai refacerii din durere îl reprezintă o sursă de încredere în ceea ce privește suportul emoțional” (Crow, 1991: 118).

Fiecare nouă pierdere amintește supraviețuitorului de celelalte pierderi anterioare. Fiecare nouă pierdere redeschide cicatricile pierderilor trecute, alte pierderi decât moartea fiind provocate. Shrader notează răspunsul unui supraviețuitor: „M-am surprins că sufeream pentru pierderi pe care știam deja că le-am trăit cu mult timp în urmă” (1992: 119). **Istoria pierderii influențează răspunsul supraviețuitorului la noi pierderi.** Tipurile pierderilor anterioare măresc riscul efectelor adverse provocate de pierderile actuale. Varietatea calităților pierderilor anterioare „influențează de asemenea tipul, intensitatea și durata durerii” (Worden, 1991: 65). Istoria pierderii poate include pierderi multiple, în special ale unor persoane importante, ce duce la creșterea impactului pierderilor ulterioare (Stroebe & Stroebe, 1983).

Când apar și alți factori care pun în dificultate ameliorarea durerii sau când apare o altă suferință nerezolvată în contextul pierderilor anterioare, supraviețuitorul este pus în fața faptului de a face față unei probleme sumative, compusă din mai multe dureri. Am putea vorbi de **caracatița durerii**. Această situație este tipică în cazul supra-viețuitorilor multiplelor pierderi cauzate de SIDA, în care experiența pierderilor anterioare afectează experiența prezentă: pierderea visurilor, a familiei tradiționale, a aspirațiilor politice, a relațiilor sociale, pierderea unei „vieți normale”.

Așadar, supraviețuitorii multiplelor pierderi se confruntă cu o serie de factori recunoscuți pentru caracterul lor predispus în a crea complicații, suferință și durere. Această combinație de factori de risc este extraordinar de cinică și poate da unicitate fiecărei experiențe în parte. Cunoașterea și înțelegerea acestora înseamnă creșterea capacității atât pentru supraviețuitori, cât și pentru profesioniști (terapeuți), de a face față pierderilor suferite.

Capitolul I

Faţă în faţă cu realitatea. Pierderi şi răspunsuri

Negarea morţii - pseudo-speranţe

Adesea oamenii trec prin **faza de negare a realităţii care va urma: moartea.** Seligman (1994) sugerează că această tragedie poate să fie privită ca o parte a vieţii, ca o condiţie dată de viaţă. Majoritatea oamenilor o resimt însă ca pe un val nestăpânit de lacrimi, conştienţi fiind că prin viaţă nu se poate trece fără tragedii. Lucruri şi veşti rele ni se întâmplă şi ne sunt date adesea. Rezervele ni se termină, părinţii ne mor, nu obţinem angajarea pe care ne-o dorim, oamenii pe care îi iubim ne rejectează, îmbătrânim şi murim... Ceva iremediabil de îngrozitor se va întâmpla, ceva ascuns în spatele obişnuitelor pierderi umane: moartea.

Rămânem fragili, descoperiţi şi vulnerabili în faţa acestei realităţi. **Negarea morţii** pare a fi mai degrabă, aşa cum o spun unii cercetători, mai mult o caracteristică a persoanelor din regiunile industrializate, a naţiunilor prospere ale lumii. Această perspectivă, de negare a morţii, nu este împărtăşită de către naţiunile în curs de dezvoltare (ex. Kenya şi Uganda unde SIDA este turbată şi nestăpânită), unde îmbolnăvirile şi moartea pătrund frecvent în casele oamenilor.

Triumful morţii este liniar în istoria umanităţii. **Atitudinile faţă de moarte diferă** însă de la o perioadă istorică la alta, de la o cultură la alta, de la o regiune la alta. Problemele şi dilemele apar atunci când moartea apare **prematur.** Se invocă sentimente de vină şi teamă, nevoia

de blamare a propriului sine şi a destinului, reevaluarea deciziilor şi acţiunilor, expertize medicale, dependenţe şi nevoia de ceilalţi. Maladia incurabilă cu sfârşit prematur este singura care, din capul locului, vine cu o nevoie crescută de negare. Disperarea simte nevoia evitării morţii, negarea existenţei acesteia sau tratarea ei ca un eveniment anormal, distinct de viaţa personală (Martocchio, 1982). În particular, începutul pandemiei SIDA s-a confruntat şi cu un optimism care s-a dovedit imediat ca fiind fals. Mai mult decât eronat, expectaţiile neîmplinite pentru un vaccin produc o adevărată tragedie.

Reacţiile de teamă, negare şi depresie sunt mult mai pronunţate în perioadele în care societatea este cu atât mai conştientă de lipsa leacului vindecător, de moartea prematură şi de farsele pe care viaţa, uneori, le joacă în stil clovnian. Moartea sfidează agenţii sanitari, iar obscenul virus HIV se propagă la proporţii planetare. Decesul se produce la spital sau la ospiciu şi, deci, rareori acasă. Totul se modifică, iar pierderea o îndură amarnic supravieţuitorii.

Supravieţuitorii pierderilor multiple – altfel de perspective asupra vieţii

Înţelegerea viziunii asupra lumii a supravieţuitorilor veştilor rele cere însumarea aprecierilor din partea epidemiologilor, teoriilor psihologice, consideraţiilor antropologice şi, nu în ultimul rând, luarea în considerare a contextului istoric şi a situaţiilor sociale de sfârşit de secol XX.

Aceşti supravieţuitori ai unor pierderi multiple şi variate se confruntă cu o diversitate de circumstanţe cauzatoare de stări sufleteşti - şi nu numai - chinuitoare şi pline de disperare şi neputinţă. În acest context, vom aborda durerea dintr-o perspectivă oarecum diferită încercând s-o circumscriem mai degrabă procesului de creştere lăuntrică, ca o oportunitate şi o experienţă-limită, pe care doar o parte dintre noi o parcurg, deci vom încerca să descifrăm sensul pozitiv al suferinţei, aşa cum este el descris de cei care au depăşit-o.

Nu vom nega părțile negative și pe alocuri tragice generate de durere, care poate fi uneori imposibil de rezolvat și, deci, teribil de complicată ci, fără a ne limita, **vom privi pur și simplu altfel durerea**. Vom privi mai întâi la reacțiile prime pe care supraviețuitorii le au, trecând în revistă într-un mod realist **reacțiile la traumă și răspunsurile supraviețuitorilor la pierdere multiplă**. Spre exemplu, una dintre cele mai întâlnite reacții este cea de vinovăție. Poate că cea mai potrivită asumpție asupra experiențelor dureroase este făcută de către Rando: „Durerea este o nebunie, dar suferinzii nu sunt, de obicei, nebuni". (1984: 35)

Se pune problema în termenii psihopatologiei? Uneori da, alteori nu. Unii cercetători consideră că a distinge între normal și anormal, între patologic și nonpatologic în sfera suferinței este extrem de dificil (Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993). Chiar și DSM IV *(American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, elaborat de către Asociația Psihiatrică Americană în anul 1994, nu ne este de ajutor în a distinge între durerea normală și durerea patologică. Nu avem încă criterii obiective pentru a distinge între normal și anormal. **Durerea patologică** este definită ca fiind: „intensificarea durerii la nivelul la care persoana este copleșită, recurgând la comportamente maladaptative sau la rămânerea interminabilă în stadiul de durere" (Horowitz, Wilner, Marmar & Krupnick, 1980: 1157). Simptomele durerii nerezolvate și ale suferinței complicate sunt normale, comune și așteptate. Frankl considera că „o reacție anormală la o situație anormală este un comportament normal" (1984: 38). Probabil că, în accepțiunea teoriilor și practicii tradiționale, simptomele durerii nerezolvate ar constitui motive pentru intervenția clinică a profesioniștilor, intervenție mult mai profundă decât simpla consiliere sau beneficiile unui grup de suport (Worden, 1991).

Lipsa reacțiilor la durere sau răspunsurile mascate pot fi un alt moment de îngrijorare. Recunoașterea simptomelor poate conduce la cauză. Întrucât oamenii sunt diferiți, diferite vor fi și reacțiile lor la pierdere și durere. Durerea este un proces individual. Fiecare individ face față pierderii într-o modalitate unică și personală.

Am putea totuşi diferenţia între două categorii mari de răspunsuri: **intrapsihice şi interpersonale**.

Răspunsurile intrapsihice sunt cele îndreptate către propriul sine. Cu siguranţă că vor afecta şi relaţiile cu ceilalţi, dar sunt marcate de propriul Eu. Cele mai răspândite reacţii sunt: negare cronică, depresie, ahedonism, anxietate, abuz de substanţe chimice.

Negarea poate lua o varietate de forme, dar şi multe feţe ale aceleiaşi forme. Negarea este unul dintre cele mai frecvente mecanisme defensive (Krupp, 1972: 430). După o perioadă de timp, negarea va bloca procesul durerii normale şi conduce la simptome ale unei suferinţe complicate la supravieţuitorii multiplelor pierderi.

Dacă negarea continuă, durerea poate fi trimisă în ireal, întrucât nimic nu mai pare să existe pentru a suferi. Aşa cum nota Worden (1991), există şi un sens al irealului, un sens care nu se va întâmpla însă în realitate. Supravieţuitorii au nevoie să scoată în prim plan emoţiile care par de nesuportat sau periculoase. *„Nu este aşa de uşor să suferi. Eu mă voi sinucide înainte de a-mi permite să fac asta"*, mărturisea un supravieţuitor.

Probabil că pierderile multiple sunt mai degrabă negate comparativ cu un singur eveniment de viaţă încărcat de conotaţii negative, şi asta întrucât **teama** asociată dezintegrării şi dezorganizării personalităţii este mult mai mare. Puţini supravieţuitori au un ego atât de puternic încât să poată conlucra cu pierderi multiple şi sumative. Nevoia de a fi lângă persoane de încredere este mare, vulnerabilitatea fiind crescută. Riscul inerent al unui astfel de proces poate fi extrem de mare. **Negarea cronică se manifestă somatic, comportamental şi psihologic**. Atunci când durerea nu poate fi exprimată în exterior, ea va fi exprimată în interior.

Depresia, un alt răspuns al supravieţuitorilor la pierdere, se exprimă prin tristeţe, descurajare, lipsă de speranţă, melancolie, ş.a.m.d. Acest registru emoţional este frecvent întâlnit la supravieţuitorii pierderilor multiple. „Totdeauna sunt deprimat. Nu există nici un pic de speranţă pentru mine".

Limbajul psihologic profesional definește depresia într-un mod care include observații obiective referitoare la experiența subiectivă a persoanelor suferinde. DSM-IV (Asociația Psihiatrilor Americani, 1994) consideră necesară prezența a cel puțin cinci dintr-o listă de nouă simptome, care trebuie să includă o stare depresivă sau lipsa interesului pentru plăcere. Simptomele comune la supraviețuitorii multiplelor pierderi apar legate mai degrabă de depresia reactivă decât de depresia endogenă.

Această listă nu include în schimb alte simptome ce apar la supraviețuitorii multiplelor pierderi. În fapt, alte simptome se observă: fluctuație înaltă, agitație psihomotorie, oboseală, pierderea energiei, diminuarea capacității de gândire și concentrare și indecizia. Studiile lui Martin și Dean (1993: 325) realizate asupra homosexualilor care au suferit multiple pierderi arată că aceștia prezintă: sentimente de nefericire, neajutorare, tristețe, suferințe somatice, oboseală cognitivă, probleme de somn, trezire prea devreme sau insomnie, ideație suicidară, probleme de adaptare. Durerea, chiar dacă persistă și este intensă, nu este depresie, dar durerea nerezolvată se poate transforma în depresie. Tristețea dă sentimentul că lumea este săracă și goală, iar melancolia dă sentimentul că omul este sărăcit interior și gol. **Această scădere a stimei de sine diferențiază între depresie și durere normală**. Worden notează că „în reacția dureroasă, nu există pierderea stimei de sine așa cum se poate observa în depresia clinică" (1991: 30). DSM-IV consideră dispoziția depresivă ca fiind primul simptom al depresiei. Studiul lui Shrader (1992), axat pe supraviețuitorii multiplelor pierderi, arată un sens profund al depresiei la aceștia.

Prea multă durere determină o creștere în intensitate pe linia tristețe - mâhnire - deznădejde - melancolie. Durerea nerezolvată contribuie și ea în mod direct la creșterea dispoziției depresive. Bowlby (1980) a observat că dispoziția depresivă apare mai ales la aceia care încearcă să evite durerea conștientă. „Căderea emoțională" reprezintă o trăsătură comună a supraviețuitorilor care au trecut prin

diverse traume. Lindemann a observat „absenţa manifestării emoţionale" la supravieţuitorii unor dureri acute (1944: 145).

Căderea emoţională facilitează eliminarea sentimentelor ce determină disconfortul. Este imposibil să beneficiezi doar de fericire, veselie şi bună dispoziţie. Paradoxal, supravieţuitorii multiplelor pierderi trebuie să facă faţă unei sfere emoţionale mult mai largi: tristeţe, frică, frustraţie şi disperare, în încercarea de a simţi emoţii mult mai plăcute. DSM-IV indică faptul că unele persoane cu depresie prezintă un grad de iritabilitate ridicat: teamă exagerată, tendinţa de a răspunde la anumite evenimente cu supărare şi blamarea altora sau cu un exagerat sens al frustraţiei în cazul unor probleme minore (Asociaţia Americană de Psihiatrie, 1994: 321). Culpabilizarea contribuie la dispoziţia depresivă.

Cel de-al doilea simptom prezentat de către DSM-IV este **ahedonismul**, diminuarea drastică a interesului sau plăcerii faţă de toate - sau faţă de aproape toate - activităţile zilei. Ahedonismul este prezent la aproape toţi supravieţuitorii multiplelor pierderi. Ideea că nimic nu merită osteneală însoţeşte atitudinea multor persoane ce se confruntă cu diverse pierderi. Activităţile care altădată aveau sens şi provocau bucurie nu mai inspiră, de astă dată, nici un fel de entuziasm. Studiul lui Shrader arată că supravieţuitorii multiplelor pierderi se confruntă cu pierderea spontaneităţii şi a creativităţii (1992: 102).

Ahedonismul restrânge planificarea viitorului şi pune restricţii viziunii supravieţuitorilor în ceea ce priveşte lumea şi viaţa. Unul dintre aceştia mărturisea: *„Obişnuiam să am o mulţime de vise. Acum nu mai am nici unul"*. Unii supravieţuitori observa o pierdere a propriei productivităţi, cât şi a celorlalţi. *„Durerea îmi absoarbe toată energia, aşa încât nu mai pot să fiu productiv"*.

Legătura dintre durere, moarte şi sexualitate a fost explorată de către S. Freud.

Între **problemele de somn** pe care supravieţuitorii pierderilor multiple le întâmpină, DSM-IV include „insomnia sau hipersomnia aproape zilnică" (Asociaţia Psihiatrilor Americani, 1994:

327), ca un simptom al depresiei. Apelul excesiv la somn are explicația în faptul că este gândit de către aceștia ca o modalitate de a scăpa de durere și chiar de insomnie. Alți supraviețuitori au dificultăți importante în a avea un somn normal datorită grijilor, preocupărilor și frământărilor.

Visele pot fi în jurul a diverse subiecte care au legătură cu pierderea, astfel încât supraviețuitorul nu are scăpare nici măcar în timpul somnului. Dacă tulburările de somn sunt un indicator al depresiei, ele pot apare, de asemenea, ca un răspuns la traumă. Spre exemplu, cercetările arată că 85% dintre supraviețuitorii Holocaustului (Kaminer și Lavie, 1993: 335) au suferit anumite tipuri de tulburări de somn timp de mai mulți ani. Unele tipuri de tulburări ale somnului par a fi inevitabile la supraviețuitorii multiplelor pierderi legate de SIDA. Într-un studiu asupra homosexualilor care au suferit pierderi multiple cauzate de această maladie incurabilă, Martin (1988) a sesizat o corelație între severitatea tulburărilor de somn și numărul pierderilor suferite.

DSM-IV include ca și simptom de depresie „sentimentele de devalorizare sau vină excesivă și neconcordanță aproape în fiecare zi" (Asociația Psihiatrilor Americani, 1994: 327).

În fapt, ne rețin atenția două aspecte: **rușinea** și **vinovăția**. Aceste două forțe psihodinamice merită să fie tratate separat.

Datorită efectului său endemic și dinamic, vina supraviețuitorilor va fi abordată mai detaliat în cursul acestui capitol. Rușinea inhibă experiența și exprimarea durerii. Kauffman concluziona că „personalitățile înclinate spre rușine este mai probabil să se simtă strivite de durere, datorită sentimentelor de îngrijorare față de sine, eșec, inadecvare, inferioritate, abandon și expunere. Este chiar mai probabil ca aceștia să se simtă rușinați de propria lor vină și, uneori, să se priveze de anumite drepturi" (1989: 28).

Rușinea este generată de falsa credință că felul de a fi al cuiva este defectuos și că acea persoană nu este ceea ce trebuie să fie o ființă umană (Bradshaw, 1988). Sentimentul de rușine este deci credința că persoana a avut o conduită greșită. Pentru cei mai mulți

supravieţuitori, ruşinea este cel mai frecvent sentiment care însoţeşte durerea. Moartea creează un sentiment de oroare şi dezgust. Acestea sunt întărite de către persoanele din jurul supravieţuitorilor, care se pot teme nejustificat. Cel puţin trei factori, ce se ascund în spatele acestei corelaţii cu depresia, contribuie la dezvoltarea sentimentului de ruşine al supravieţuitorilor care au suferit pierderi multiple. În primul rând, **natura stigmatizării** presupune ruşine, în al doilea rând **senzaţia de slăbiciune şi neajutorare** - inevitabile în rândul supravieţuitorilor - evocă un sentiment de inadecvare. În al treilea rând, ruşinea preexistentă este agravată în mod frecvent de **cauza generatoare de durere**.

Supravieţuitorii se cred mai ineficienţi decât sunt în realitate. Acesta este unul dintre punctele în care durerea şi suferinţa depăşesc capacitatea supravieţuitorilor de a testa corect realitatea înconjurătoare. Traumele sunt în mod obişnuit rezultatul unei experienţe care nu poate fi controlată din exterior. Scade motivaţia pentru iniţiativă. Depresia nu este pesimism generalizat, ci un **pesimism specific**, cauzat de o anume acţiune, situaţie, eveniment, pierdere. Pe lângă acestea toate, apar şi gândurile suicidare şi legate de moarte (nu doar teama de moarte), **ideaţie suicidară** recurentă fără un plan specific suicidar sau cu un plan specific pentru a comite suicidul. Gândurile recurente faţa de moarte facilitează instalarea unui climat stăpânit de ideea morţii. Unele cercetări au validat ipoteza conform căreia cunoaşterea altor persoane care mor, se sinucid sau care vor muri, măreşte riscul sinuciderii (Lippmann, James şi Frierson, 1993: 75). Abuzul de substanţe (Faulstich, 1987) şi numeroasele boli cerebrale legate de SIDA (Cohen şi Weisman, 1986) contribuie la riscul suicidar. Persoanele care se luptă cu depresia au un risc mai mare de sinucidere.

Supravieţuirea pierderilor multiple şi continue exacerbează riscul din numeroase raţiuni. Sprang şi McNeil (1995) sugerează că incidenţa crescută a tentativelor de suicid şi a numărului de sinucideri în rândul populaţiei este legată de anxietate şi teama de moarte, mutilare corporală, separare, teamă de singurătate, izolare, rejecţie. Ideaţia suicidară apare la supravieţuitorii care şi-au pierdut interesul

pentru viață, care nu mai găsesc răspuns la întrebarea: *care mai este sensul vieții mele?* De cele mai multe ori, viitorul păstrează certitudinea și mai multor dureri. *„Eu nu mai rezist la mai multă durere"*. O' Neil (1989) compara riscul crescut al sinuciderilor la supraviețuitorii pierderilor multiple cu riscul sinuciderii prezent la persoanele în vârstă.

Văduvii și văduvele în vârstă au un risc mult mai mare de gânduri și acțiuni suicidare (Bernardo, 1970). Gândurile suicidare vin din dorința de a-l însoți pe cel decedat, din sentimentul că viața fără cel decedat este prea grea și că nu merită să mai fie trăită. Rate mai mari de sinucideri, decât cele obișnuite, se întâlnesc la homosexuali. Mai mult de 20% dintre homosexualii cu SIDA s-au gândit să se sinucidă (Stulberg și Smith, 1988). Este dificil de distins între o sinucidere rațional gândită - dar și programată ca răspuns și modalitate de a scăpa de durere - și o sinucidere cauzată de depresie și disperare. Ambele apar cu regularitate în societatea noastră contemporană.

„Cine poate să nu fie anxios?" se întreba retoric un supraviețuitor al unor multiple pierderi. *„Mi-am văzut prietenii suferind, pierzându-și mințile și chiar murind în jurul meu"*. **Anxietatea** reprezintă un alt cal troian trimis în cetatea personalității umane. Gradul ridicat de incertitudine, prezența unor boli terminale, schimbări majore în toate planurile vieții, pierderi după pierderi, toate reprezentând un proces continuu și adesea prelungit peste limită, sunt surse ale anxietății.

Așadar, mulți supraviețuitori au motive pentru a fi anxioși și depresivi. Prietenul sau iubitul continuă să sufere sau să moară, în timp ce memoria altor pierderi anterioare se reîmprospătează. „Ce va urma?" este una dintre întrebările comune. Incertitudinea pătrunde orice gând despre viitor. Neînțelegerea anxietății existențiale (anxietate normală) ce are o cauză justă reprezintă o altă trăsătură a conduitei supraviețuitorilor. O parte a acestora se tem de ceea ce în limbaj de specialitate se cheamă dezintegrare psihologică. A fi martor la decesul altora provoacă anxietate referitoare la propria moarte.

Amenințări la adresa propriilor credințe, responsabilități, relaționări, identități sunt inevitabile. Nici o parte a vieții nu rămâne neatinsă de către anxietate. Un studiu țintit pe homosexuali

supravieţuitori ai unor multiple pierderi a găsit o rată crescută de anxietate asociată cu „anticiparea propriei şi posibile morţi, mutilarea propriului corp şi separarea de marea majoritate a oamenilor importanţi pentru ei" (Viney et al., 1992: 160). Un grad ridicat de anxietate se întâlneşte şi la cei care vor să facă un test pentru depistarea anticorpilor anti-HIV ca rezultat al propriei vulnerabilităţi la boală şi moarte (Hays, Chauncey & Tobey, 1990). Mai mult, persoanele seropozitive experimentează un studiu global al anxietăţii, în care anxietatea morţii şi stresul general nu sunt separate (Hintze, Templer, Cappelletty & Frederick, 1994: 197).

Abuzul de substanţe chimice poate fi un alt efect pervers al pierderilor multiple. Doi factori principali conduc la creşterea ratei de utilizare a **alcoolului şi drogului**. Primul constă în faptul că unii supravieţuitori încep experienţa pierderilor multiple cu o preexistentă dependenţă de astfel de substanţe şi, deci, având o istorie a abuzului. În al doilea rând, stresul supravieţuirii pierderilor multiple conduce la utilizarea acestor substanţe ca un mecanism de a face faţă disconfortului.

Fără a mărturisi, unii supravieţuitori se mândresc chiar cu o astfel de armă secretă. În rândul comunităţilor de homosexuali şi lesbiene, un studiu realizat în SUA arată că 25% dintre aceştia suferă de o dependenţă cronică de drog şi alcool (Bickelhaupt, 1995: 5). Homofobia contribuie extrem de mult la apariţia stresului cronic care, la rândul său, contribuie la abuzul de substanţe în rândul lesbienelor şi homosexualilor (Kominars, 1995).

Abuzul de alcool şi alte substanţe oferă o cale de a scăpa de durere şi suferinţă. Într-o situaţie caracterizată de lipsa controlului, utilizarea chimicalelor creează impresia de control. Supravieţuitorii pierderilor multiple cu un pattern preexistent în utilizarea drogului tind să crească gradul de utilizare, ca o metodă comună de a face faţă disconfortului. În realitate, abuzul de drog, alcool sau alte substanţe complică suferinţa, prin restrângerea cursului normal al emoţiilor şi experienţelor care reprezintă în realitate procesul durerii.

Durerea poate avea și un efect cathartic, dată fiind simțirea și aducerea aminte. Substanțele chimice psihoactive care interferă cu acest proces interferă inevitabil și cu durerea. „Medicamentele devin o apărare imediată împotriva durerii și în rezolvarea proceselor de doliu" (Skolnick, 1979: 285). Cercetările au corelat în mod constant abuzul trecut și prezent de drog cu rezultate slabe asupra suferinței (Zisook, DeVaul, 1993). Aceasta s-a demonstrat în rândul familiilor care se luptă cu dependența (Coleman, 1980), soților celor care suferă de dependență de alcool (Blankfield, 1989) și în familiile cu suferințe nerezolvate.

Conexiunea dintre abuzul de substanțe chimice psihoactive și suferințele complicate este atât de mare, încât Rando (1993) afirma că dependența „nu doar că indică, ci chiar perpetuează un doliu complicat" (p. 196). Mulți supraviețuitori trebuie să facă față problemelor legate de alterarea dispoziției și datorită abuzului de substanțe psihoactive, să facă eforturi să-și revină din patternurile lor abuzive sau de dependență.

Supraviețuirea la mai multe pierderi determină și o **criză a relațiilor interpersonale**. Pierderea și urmarea pierderii pervertesc relațiile supraviețuitorului cu ceilalți. Riscul retragerii și izolării este mare. Unii dintre ei dezvoltă o atitudine cinică, marcată de pesimism și deznădejde. Furia difuză apare deopotrivă ca atitudine și ca mod de a fi. Datorită problemelor viitorului mult prea complicate, toate aceste stiluri interpersonale pot exista în mod alternativ la același supraviețuitor.

Cea mai mare parte a durerii se consumă în retragere. Persoana suferindă este rănită și vulnerabilă. În mod analog ca atunci când ascunzi o rană cu un bandaj, persoana rănită se retrage ca să se protejeze. Impulsurile de retragere normale tind să slăbească cu timpul, dar durata se măsoară în funcție de distanța sa de la evenimentul pierderii. Atunci când se acumulează pierderi continue și multiple, timpul nu poate aduce un răgaz de însănătoșire normal. Lindemann a identificat „izolarea socială progresivă" ca un semn al reacției la o suferință complicată (1944).

Noile relaţii implică risc. Chiar dacă acest lucru nu poate fi întotdeauna adevărat, supravieţuitorii multiplelor pierderi sunt deosebit de conştienţi de acest risc. Subiecţii din studiul lui Shrader au arătat „retragere şi sentiment de izolare extremă" (1992: 114). Supravieţuitorii sunt predispuşi să se perceapă ca având posibilitatea de a alege dacă să stabilească noi relaţii, care probabil le vor produce viitoare pierderi. Existenţa în calitate de supravieţuitor măreşte riscul percepţiei unei viitoare pierderi, care poate fi evitată prin retragere şi izolare.

Persoanele care îngrijesc pacienţii seropozitivi se pot implica profesional sau voluntar mult prea mult, astfel încât investiţia sentimentală poate crea probleme. Decizia de a evita relaţiile sociale este de cele mai multe ori deliberată. Pentru cei nefamiliarizaţi cu lumea supravieţuitorilor multiplelor pierderi este posibil să fie luaţi prin surprindere de decizii care li se par ciudate sau reci.

Fiecare se confruntă cu această dilemă de a se autoproteja şi de a-i proteja pe ceilalţi. Apar două procese paralele. Pe perioada retragerii, supravieţuitorii se confruntă cu izolarea, în timp ce sistemul lor de suport este practic eliminat. Singura modalitate de a evita continuarea pierderilor este să-şi neglijeze prietenii existenţi, activităţile sociale şi uneori familia, în timp ce evită formarea unor noi relaţii. Această strategie încearcă să controleze situaţia pierderilor viitoare.

O tendinţă similară a fost observată la supravieţuitorii Holocaustului, care au avut experienţa temerii de a iubi pe cineva (Cohen, 1991). Alţi supravieţuitori observă riscul implicat, dar totuşi decid să nu iniţieze noi relaţii. Retragerea apare atât la nivel psihologic, cât şi la nivel fizic. **Comportamentele de evitare** sunt adesea supraasumate din dorinţa de a reduce anxietatea, dar este mai probabil să producă efecte opuse. Regretul şi culpabilizarea sunt supraprezente. Cei care şi-au pierdut capacitatea de a se ataşa îşi pot pierde şi capacitatea de a se detaşa în mod eficient, element esenţial pentru depăşirea durerii. Francis Bacon spunea că „nici un om nu este furios dacă nu se simte rănit". Supravieţuitorii pierderilor multiple trăiesc într-o lume în care prevalează rănirea, tristeţea şi moartea, lipsa de

încredere și trădarea și cicluri de creștere și descreștere a speranței. Prietenii și familia așteaptă noi agonii dureroase și apropierea cu pași mari a morții. Cele mai elementare idei de stabilitate socială și expectații de viață sunt spulberate, cinismul și pesimismul sunt de înțeles și sunt răspunsuri comune. În studiul lui Shrader (1992: 108), cele mai frecvente dintre aceste emoții au fost: supărare intensă, furie, ură, ostilitate, cinism, sarcasm, amărăciune și frustrație.

Supărarea este o particularitate comună a durerii. Toți autorii discută acest subiect cu accent pe ideea conform căreia supraviețuitorii pierderilor multiple experimentează mai multă supărare comparativ cu alte persoane. În primul rând, datorită faptului că se confruntă cu multiple evenimente dureroase și, în felul acesta, cu multe supărări. În al doilea rând, caracteristicile multiplelor pierderi produc un anumit gen de supărare.

Supraviețuitorii se confruntă cu supărarea pe următoarele **direcții**: supărare pentru că valorile și credințele par goale și nefolositoare; supărare pentru că pierderile întrec orice așteptare normală; supărare pentru pierderea persoanei iubite; supărare din cauza unui eveniment negativ din familia extinsă sau în familia de origine; supărare din cauza unui deces; supărare din cauza ineficienței actului medical; supărare din cauza izolării și a marginalizării; supărare izvorâtă din neajutorarea și nefericirea personală. Supărarea poate fi normală în timpul procesului dureros, dar este neacceptată, neînțeleasă și urâtă de către supraviețuitori și de către prietenii apropiați acestora. Uneori, supărarea este exprimată într-un mod indirect, general și irațional.

Supărarea devine o modalitate de a exprima mult mai mult decât exprimarea emoțiilor. *„Sunt supărat. Ăsta sunt. Sunt Supăratul”.* Supărarea poate deveni și o justificare pentru supraviețuire. Unii supraviețuitori **metamorfozează supărarea într-un mod de viață** chiar (fapt observat de Krystal în 1981 la supraviețuitorii Holocaustului). Larry Kramer personifică supărarea ca justificare, ca singura modalitate existentă la un moment dat de a fi auzit de ceilalți (1994: 117).

Puţini supravieţuitori ai unor multiple pierderi nu experimentează sentimentul de vinovăţie. O varietate de factori preexistenţi, combinaţi cu anumite caracteristici unice ale pierderilor suferite, predispun supravieţuitorii la **culpabilizare**. Sentimentul apare mai ales la aceia care se simt singuri şi chiar sunt izolaţi şi excluşi din relaţii sociale. Culpabilizarea nerezolvată în cazul supravieţuitorilor indică şi împiedică rezolvarea durerii nerezolvate. De asemenea, poate contribui la dezvoltarea unor comportamente potenţial periculoase. Legătura cea mai intimă cu experienţa pierderii o are sentimentul culpei (Mogenson, 1992: 65).

Teoria tradiţională asupra durerii leagă vinovăţia de durere. Rando definea vinovăţia ca: „sentimentul culpabilităţii izvorât din ofense percepute sau dintr-un sens al inadecvării" şi îl leagă de „regrete, remuşcări, evaluări de sine negative şi sentimentul că trebuie ispăşite" (1993: 478). Supravieţuitorii pierderilor multiple, în special cele legate de dezastre, se întreabă de ce ei supravieţuiesc în timp ce alţii mor. Culpabilizarea supravieţuitorilor izvorăşte ca un potenţial defensiv împotriva sentimentelor de neajutorare în cazul traumelor (Lindy, 1985). Există şi sentimentul că supravieţuirea lor a fost câştigată prin moartea altora (vezi cazul supravieţuitorilor Holocaustului). Vinovăţia nu are nevoie să fie raţionalizată sau explicată; partea cea mai importantă a culpei o reprezintă „credinţa persoanei" (Friedman,1985: 529). Pe lângă aceste sentimente, o paradoxală paradigmă psihologică - formată din neajutorare şi blamare - marchează experienţa supravieţuitorilor. Supravieţuitorii suferă o perplexă şi contradictorie blamare internă, legată de ineficienţa născută din neputinţă. În mijlocul pierderilor multiple şi continue, supravieţuitorii continuă să experimenteze propria lor durere ca victime, în timp ce continuă să-şi mărturisească durerea celor pe care îi iubesc. Ei fac eforturi constante pentru a-şi împlini nevoia de a găsi noi sensuri şi noi perspective în mijlocul unui dezastru aflat într-o continuă mişcare. „Trebuie să existe ceva ceea ce eu pot să fac".

Cu toate acestea, supravieţuitorii sunt neajutoraţi în stoparea procesului de suferinţă proprie sau a celorlalţi. Incompetenţa lor

fundamentală le ridică bariere; sunt cei care „trebuie blamați pentru ridicarea unor astfel de ziduri". Nevoia disperată de a găsi o explicație, orice fel de explicație, depășește capacitatea de rațiune chiar și la o persoană foarte inteligentă. Cineva care ar privi din afară acest tip de gândire ar putea spune: „nu are nici un sens". Toate acestea nici nu au nevoie să aibă vreun sens. Confuzia și anxietatea dureroasă aflată în spatele gândirii magice merită mai degrabă simpatie decât critici. Cu toate acestea, la un moment dat, în procesul de adaptare, supraviețuitorul trebuie să fie capabil să separe partea rațională de cea irațională care împrejmuiește gândirea magică aflată sub imperiul culpabilizării.

Psihoterapia ajută la înțelegerea acestui mod de a gândi, în contextul teoriei lui Skinner despre comportamentul superstițios. În 1948 acesta arunca grăunțe pentru vrăbii la intervale regulate și mici de timp. Vrăbiile nu aveau nici un control al momentului la care primeau hrană. La sfârșitul acestei perioade, Skinner observa că toate păsările fac ceva anume. Una ciugulea neîncetat, în timp ce altă sărea de jur împrejur. Acesta a concluzionat că, indiferent de ceea ce se întâmpla să facă păsările până ce primeau grăunțele, răspunsul era consolidat, ajungând ca până la urmă să crească frecvența acelui comportament. El a numit acest comportament „superstițios", asemuindu-l cu cel al oamenilor care ocolesc scările în loc să treacă pe sub ele. Oamenii, ca și unele animale, au nevoie să găsească un înțeles pentru mediul lor, să găsească ordine și să-și dezvolte capacități de control din abilitatea de a-l înțelege. Așa cum spunea Seligman (1975), s-a demonstrat că evenimentele incontrolabile produc mai mult stres decât cele controlabile.

Agonia mentală cauzată de nedreptate este cea mai puțin rezonabilă dintre toate tipurile de agonie (Frankl, 1959; 1984). Același lucru se poate spune despre durerea pe care o suportă supraviețuitorii pierderilor multiple și continue, care au afirmat **că nedreptatea este cel mai greu de îndurat dintre toate**. Incertitudinile provoacă la găsirea unui sens. Faptul că nu găsesc nici o rețea de referință adecvată la această încercare le face egoul să se întoarcă la rețelele de referință

din perioadele cele mai timpurii de dezvoltare. Supravieţuitorul poate să regreseze la structura simplă de tip narcisist cauză-efect: „Eu am cauzat dezastrul; eu sunt vinovat. Dacă aş fi făcut altceva, nu s-ar fi întâmplat niciodată". Conflicte anterioare legate de încredere şi separaţie revin la suprafaţă.

Atunci când adevărata natură şi adevăratul înţeles al neputinţei supravieţuitorului se aşează în interacţie cu viaţa, la nivelul conştient şi inconştient al supravieţuitorului apare o frică terifiantă, legată de faptul că nefiinţarea este inevitabilă. Aceasta este o anxietate mai gravă decât orice altă frică, inclusiv frica de moarte, pentru că este o stare care nu are o ţintă definită. Identitatea persoanei, dacă există, este spulberată de forţe ce subminează deopotrivă controlul şi comprehensiunea.

Anxietatea este mai puternică decât orice frică de moarte. Yalom observa că „o frică ce nu poate fi înţeleasă niciodată şi nici localizată nu poate fi confruntată şi devine din ce în ce mai înspăimântătoare; dă naştere unui sentiment de lipsă de speranţă care generează în mod invariabil altă anxietate" (1980: 43). Conexiunea dintre lipsa de speranţă, culpabilitate şi anxietate este completă: „sunt prea inadecvat ca să mai trăiesc; sunt un nimic".

Culpabilizarea aduce un fals sentiment de control asupra situaţiei. Deşi această anxietate este inevitabilă, ea poate fi totuşi uşor transformată într-o teamă de ceva. **Supravieţuitorii pot să-şi înlocuiască anxietatea de nimic cu frica de ceva**. Apoi, apare un efort, uneori frenetic, de a combate frica. Frica de moarte şi frica de maladia incurabilă sunt ţinte foarte clare. Acestea pot fi înţelese în cele din urmă, riscurile pot fi asumate, oportunitatea de a face conexiuni între vină, culpă şi neajutorare se combină în mod fericit cu oportunitatea confruntării cu moartea şi maladia incurabilă. Acum, chiar şi atitudinile şi comportamentele autodistructive sunt explicabile.

Controlul psihologic asupra acestora contrazice neputinţa, neajutorarea, culpabilizarea şi vinovăţia. Identitatea supravieţuitorului este protejată în felul acesta. **Vina**, ca şi **negarea**, oferă **beneficii** supravieţuitorului atunci când efectele sale sunt corespunzătoare din

punct de vedere temporar și oferă un sistem de apărare al propriului ego. Devine disfuncțională atunci când este resimțită în mod persistent. În prima fază, vina oferă un mecanism de apărare împotriva neajutorării. Controlul acționează împotriva sentimentului de neajutorare. Vinovăția implică o modalitate de control, deși este una negativă. Culpa supraviețuitorului determină rănire. În al doilea rând, vinovăția oferă un înțeles pentru un eveniment ce pare fără nici un fel de sens. De aici, se minimalizează sensurile anxietății apărând împotriva acesteia (Friedman, 1985). Este mult mai bine să trăiești ca un țăran într-o lume ordonată, decât ca un paj neajutorat într-o lume haotică. În al treilea rând, vina păstrează pierderea încă vie în memorie, potențând-o. La acestea toate se adaugă o a patra caracteristică: sentimentul de vinovăție substituie durerea chinuitoare, prin asigurarea continuității relației cu (sau visului despre) obiectul pierdut.

În mod fundamental, vinovăția caută să nege pierderea într-o manieră care este conceptual similară cu târguiala caracteristică dinaintea morții, în care supraviețuitorul încearcă să suspende inevitabilul. Celebra autoare Kubler-Ross a numit această târguială „o încercare de amânare" (1969: 83). **Vinovăția este deci o încercare de suspendare**. Pe termen scurt, avantajele oferite de vinovăție pot aduce supraviețuitorului un adăpost față de expunerea deosebit de mare la durere și disperare.

Vinovăția este întotdeauna prezentă în procesul doliului ca un aspect pozitiv, pentru că focalizează atenția în direcția trecutului, **evitând să faciliteze o contemplare obiectivă a pierderii**. Părerile de rău sunt simțite pentru supraviețuirea supraviețuitorului și nu pentru obiectul, relația sau visul pierdut. O încercare subconștientă de a interioriza pierderea prin vină este o încercare de a preveni pierderea (Odets, 1995). Interrelaționarea dintre vină și ambivalență este o combinație a durerii normale și este acută mai ales în scenariile supraviețuitorilor multiplelor pierderi. Teoriile psihanalitice au indicat că **vinovăția și ambivalența tulbură cursul normal al doliului**.

Scriind despre durerea absentă, Deutsch concluziona că: „Gradul de ambivalenţă persistentă este un factor chiar mai important decât intensitatea legăturilor pozitive existente” (1937:12). Cei care se simt vinovaţi resimt furie faţă de ei înşişi şi nu faţă de cel decedat. Adaptarea la pierdere necesită detaşare de ceea ce s-a pierdut, aşa cum nota Freud (1917/1957). Atunci când acest proces de adaptare la pierdere nu apare, atenţia este focalizată către sine în sensul de autodenigrare caracteristic vinovăţiei (melancolia în conceptualizarea lui Freud). Furia faţă de propriul sine devine depresie. Creşterea depresiei, a izolării şi a bolilor psihice a fost observată de către Parkers (1972).

Durerea se agravează în mod circular şi împiedică vindecarea/refacerea. **Vinovăţia şi sentimentele de neajutorare sunt uneori sublimate într-o muncă excesivă pentru servicii care se ocupă de cei bolnavi, uneori până la niveluri care duc inevitabil la epuizare**. Această muncă se conformează cu concepţiile despre muncă ale societăţii actuale, oferind un sentiment de gratificare şi justificări paradoxale ale psihicului. Această tendinţă pare mult mai prevalentă atunci când nevoia de ajutor este prezentă la nivele supradimensionate.

Pierderea identităţii şi eşecul faţă de aşteptările cristalizate conferă dimensiuni haosului ce va să fie. Vinovatul consideră interacţiile cu lumea ca fiind inadecvate, caracterizate de incompetenţă. În general, vinovăţia este o interpretare a trecutului: „Am greşit”. Culpabilizarea devine o tendinţa autoconstruită a individului de interpretare a evenimentelor vieţii. Această tendinţă este cu atât mai probabil să apară atunci când stadiile de dezvoltare majoră ale vieţii, ca şi perioadele de tranziţie, au fost interpretare prin prisma vinovăţiei.

Nu puţine lesbiene sau homosexuali au auzit ceva similar cu: *„dacă le vei spune părinţilor că eşti homosexual, o să-i omori cu zile” sau „tu omori familia”*. Această idee este întărită de blamul public faţă de aceste orientări sexuale. Realitatea este că „nici un alt grup social nu a reuşit cu atât de multă abilitate să-si susţină schimbările de com-

portament sexual, așa cum s-a întâmplat la bărbații homosexuali" (Van Gorder, 1994: 3). Cu toate acestea, în loc de mândrie, vinovăția este cea prezentă.

Lipsa recunoașterii și suportului pentru acest tip de relații conduce direct la lipsă de recunoaștere și suport față de pierdere. Experiențele timpurii de blamare și culpabilizare „determină vulnerabilitate la orice tip de blamare pe parcursul vieții" (Friedman, 1985: 533). Atunci când părintele adevărat nu este acolo ca să aplice pedeapsa, super-egoul individului impune dreptatea știută.

Autopedepsirea servește la împlinirea unui număr de funcții utile. Devine o modalitate de mediere a anxietății asociate cu vinovăție. Prin împărtășirea destinului persoanei care suferă, componenta empatică a vinovăției este diminuată. Unii se pot simți mai puțin vinovați atunci când au aceeași soartă cu alții. Componenta cognitivă a vinovăției este de asemenea diminuată.

Răspunsuri stadiale la pierderi – așteptând picătura următoare

Cercetările de specialitate arată că persoana afectată de multiple pierderi suportă o trecere stadială înspre ceea ce dintr-o dată i-a fost dat să îndure. Aceste stadii nu suportă granițe fixe dar, dintr-o morală obligație didactică, le vom diviza mai clar în **patru sfere de răspuns**. În același timp aceasta ajută și la o organizare a descrierii experienței supraviețuitorilor pierderilor, scop necesar menținerii echilibrului cărții.

Mai mult decât sugestia de a diviza variatele răspunsuri la pierderi multiple, aceste stadii încearcă să configureze un context, o rețea. Așa cum am mai spus, trecerea prin aceste stadii nu este liniară. Granițele nu sunt precise, ci mai degrabă fluide și într-o agitație continuă. Ceea ce va urma reprezintă o delimitare concisă a acestora. Aceste stadii sunt:

a) **șoc și negare**;

b) **supralicitare și confuzie**;

c) **acceptarea realităţii**;

d) **reevaluare şi redresare**.

Spre deosebire de multe alte tragedii, pierderile determinate de SIDA, de exemplu, sau de sărăcia cvasigenerală, au asupra comunităţilor şi indivizilor un impact care nu numai că este multiplu în consecinţe, dar este şi circular-sinergic.

Sinergismul se referă la acţiuni simultane ale unor agenţi parazitari separaţi care, împreună, au un efect cumulativ distrugător. **Aceste stadii presupun o interrelaţionare între indivizi şi comunităţi**. Impactul pierderilor comunităţii exacerbează impactul asupra indivizilor, iar impactul asupra indivizilor exacerbează impactul comunitar. Aceste stadii pot fi identificate, de asemenea, în cazul în care multiplele pierderi afectează o comunitate distinctă, spre exemplu o comunitate de homosexuali din aria urbană.

• Şoc şi negare - consternarea dintru început

Negarea nu este decât organizarea şi ordonarea în care mocneşte anxietate. Şocul este un răspuns normal atunci când aşteptările realiste de la lume, viaţă şi viitor sunt sfărâmate. Pentru început, supravieţuitorii sunt măcinaţi şi zdruncinaţi de neaşteptata moarte a celor apropiaţi. Un pericol ce nu a putut fi eliminat, iată-l produs acum. O parte a supravieţuitorilor sunt orbiţi pentru o perioadă mult mai mare de timp. Atenţia le este focalizată pe pierdere şi durerea legată de o singulară pierdere, distinctă pierdere, dar ameninţarea unui întreg război mai dăinuie încă.

Ameninţarea că ceva tragic şi de nestăvilit se va întoarce provoacă groază şi disperare. Psihologul existenţialist Rollo May scria în cartea „Libertate şi Destin" următoarele gânduri: „masa de cetăţeni reacţionează aşa cum ar reacţiona un nevrotic: ne grăbim să ascundem obiectele temerilor cu substitute la îndemână, care să ne prostească anxietăţile şi să ne ajute să le uităm pentru un timp" (p.15). Nu există o descriere mai bună a negărilor pe care mulţi supravieţuitori le menţin încă mult timp după ce realitatea multiplelor pierderi a fost înregistrată.

Negarea zgomotoasă este întâlnită chiar și în comunitățile cel mai crunt lovite de virusul HIV De pildă în comunitățile de homosexuali, mai ales în rândul tinerilor, pierderea multiplă generată de SIDA este privită ca o problemă a homosexualilor bătrâni. Această iluzie este susținută de perioada lungă de incubație a infecției cu HIV. În comunitățile de hemofilici, pierderile suferite și durerea asociată lor sunt de actualitate numai până în momentul în care a trecut o perioadă de timp peste pierderea lor familială. Mai apoi, subiectul este evitat. Un repertoriu întreg de tehnici și metode sunt inventate pentru a distrage atenția supraviețuitorilor de la multiplele pierderi suferite. Alterarea stărilor sufletești cu tot felul de chimicale, izolarea și retragerea, sunt doar câteva exemple de **arme de negare a realității**, din arsenalul amintit anterior.

O mare problemă a negării o constituie faptul că poate mări vulnerabilitatea supraviețuitorilor, expunându-i unor primejdii și mai mari. Balaurul cu multe capete (virusul HIV) este mult mai activ decât am putea noi să ne imaginăm. Așadar, negarea poate începe ca un proces conștient dar, curând, poate deveni unul inconștient; altfel, n-ar fi lucrat niciodată așa de bine și așa de complet (Bettelheim, 1952, 1980: 84).

• Supralicitare și confuzie

Confuzia individuală este adesea marcată de durere supralicitată (Kastenbaum,1969). Efectele cumulative ale multiplelor pierderi încep să-și înfigă ghearele în personalitatea supraviețuitorilor. Această fază este o perioadă de timp situată între șocul inițial și târzia acceptare a realității. Pentru mulți, începe printr-un sentiment de totală neajutorare și nefericire. Prietenii și familia sunt pe moarte. Nu există cale să afli de ce unii se îmbolnăvesc și mor, iar alții trăiesc în desfătare - există doar o mulțime de presupuneri și nimic mai mult.

Un supraviețuitor poate fi înnebunit în a exercita controlul. Furia generată de supărare și confuzia persoanelor infectate sau a celor paupere se poate mări mai ales în regimurile politice în care domnește neatenția în sfera politicilor și protecției sociale față de aceste persoane, uneori chiar ostilitate și blamare. Societatea este încă

confuză în privinţa atitudinilor pe care să le adopte faţă de persoanele infectate cu HIV ori faţă de cerşetori, copiii străzii, prostituţie, etc. Dacă acestea aparţin şi minorităţilor sexuale, atunci confuzia fie se adânceşte şi mai tare, fie dispare de la sine, lăsând loc la ură, furie, rejecţie şi condamnare.

Mulţi homosexuali au murit de SIDA sau sunt pe patul de moarte. Dacă nu se vor lupta pentru păstrarea sănătăţii lor, este de aşteptat că pot muri cu toţii. Alarma este mult mai bună decât nepăsarea şi poate îndepărta primejdia. Există păreri potrivit cărora homosexualii infectaţi îşi merită moartea, întrucât şi-au trăit viaţa în promiscuitate, păcatele lor împotriva naturii îşi merită sfârşitul. Moartea triumfă asupra păcatelor. Această confuzie domneşte încă, chiar şi în comunităţile de homosexuali. O epidemie complet necontrolată, una psihologică şi dincolo de cuvinte.

O parte a supravieţuitorilor vor rămâne în acest stadiu. Alţii vor evita să se confrunte cu propriile sentimente şi chiar cu alte persoane infectate. O altă parte va reacţiona, încercând să înfrunte criza, mutându-se în cu totul altă parte a oraşului sau chiar în alt oraş (fuga de realitate).

Pot apare sentimente variate şi contradictorii. Depresia cronică, ahedonismul cronic, tulburări de somn, comportamente autodistructive. Ura, teama, furia, pesimismul şi disperarea apar la alţii. O altă parte răspunde prin anxietate, senzaţia de vulnerabilitate, insecuritate sau culpabilizare. Hemofilicii, de exemplu, experimentează frecvent trăiri specifice de vină şi supărare (Goldman, Miller&Lee, 1993), teama de stigmatizare (Mason, Olson, Myers, Huszti&Kenning, 1989), tendinţa de a ascunde acest fapt (Brown&DeMaio, 1992) şi destrămarea bruscă a aşteptărilor. Totdeauna supravieţuitorii experimentează o sferă largă de reacţii, frici, speranţe, iar aceste cicluri de reacţii sunt experimentate adesea de către membrii familiei, prieteni şi cunoştinţe apropiate. Supravieţuitorii experimentează şi reacţii de comportament magic la pierderea iubitei/iubitului. Unul dintre supravieţuitorii care şi-a

pierdut propriul copil spunea: *„Când el se simțea bine, și eu mă simțeam bine, iar atunci când el se simțea rău, și eu mă simțeam rău”.*

O parte a populației care dorește conduite preventive absolute ajunge fie să se separe de restul lumii, fie devin celibatari, fie se transformă într-o «insulă emoțională» la care nu ajunge nimeni. Atunci când apar schimbări în propria personalitate, nu mai există loc pentru vechile boli și suferințe. Pentru majoritatea, atunci când se descoperă a fi seropozitivi, acest lucru înseamnă sfârșitul lumii.

Momentul poate fi privit și ca un mesaj din partea trupului că ar avea nevoie de modificări substanțiale în ceea ce privește stilul de viață al persoanei, că trebuie făcut ceva pentru a elimina cauza. Această abordare poate fi suprasimplistă și chiar naivă în această a doua parte a decadei SIDA, în care volume întregi s-au scris pe seama urgențelor medicale, a scurtării vieții și a sfâșierii speranțelor. Supraviețuitorii, chiar supralicitând, încep să vadă confuzia. Este un moment crucial între supralicitare și acoperirea realității.

• Acceptarea realității - resemnările de scrum

Realizarea faptului că ceea ce stă la baza pierderilor nu poate fi stopat sau eliminat reprezintă cel mai mare avantaj al acestui al treilea stadiu. Comprehensiunea pe care unii supraviețuitori o invocă retrospectiv poate avea un sens al împiedicării la visare, al intrării în resemnare și infinită durere. Viitorul înseamnă pierderi și mai mari. *„Este ca și cum știm că planul se prăbușește și că toți știu că vei muri. Nu poți face nimic și toată lumea știe asta”.* Încercați o clipă să vă imaginați momentul în care ei, cei loviți de acest flagel al pierderilor multiple, realizează magnitudinea a ceea ce s-a întâmplat și a ceea ce urmează să se întâmple.

Adesea, momentul clarificării corespunde cu momentul crizei sufletești. Este bine ca în asemenea momente să te poți sprijini pe prieteni. Mulți supraviețuitori raportează acest moment ca și când știu că totul este pierdut: *„Voi muri curând!”* Urmează vizite interminabile la spital, despărțiri sfâșietoare, lacrimile prietenilor și, în cele din urmă, serviciile funerare.

Aceste evenimente marchează realitatea concretă. Cei care lucrează cu persoanele seropozitive (medici, psihoterapeuţi, asistenţi sociali) depun mărturie despre ceea ce înseamnă această dramă a epocii noastre de sfârşit de mileniu. „Drama Queen" provoacă sentimente şi emoţii dintre cele mai diverse, moarte şi suferinţă. Ne rămâne doar năstruşnicia de a înfrunta cu mâinile goale acest mizerabil virus al imunodeficienţei umane - HIV - şi încercarea de a o transforma într-o experienţă spirituală, de întâlnire cu sine şi de transcunoaştere.

- **Reevaluare şi redresare - speranţa revenirii**

În ciuda repetatelor şi urgentelor rugăciuni pe care pierderile le impun, redresarea şi reconstrucţia pe noi baze a propriei persoane mai are încă de aşteptat. Supravieţuitorii trebuie să decidă între o existenţă victimizată şi provocarea unor schimbări majore în viaţa lor, schimbări care să forţeze într-un fel mâna destinului macabru. Încep să descopere necesitatea includerii **acţiunilor** în planurile de supravieţuire.

Adaptarea la contextul multiplelor pierderi suferite şi **acceptarea** acestei realităţi ca fiind trecut, prezent şi viitor este principalul scop al acestui stadiu. Există tot atâtea căi şi abordări în acest scop, câte persoane există pe lume. Stabilirea unei reţete ab initio este nefolositoare şi chiar dăunătoare. **Apar provocări de cooperare şi dialogare cu noua realitate**. Au de ales între reinvestirea propriului sine în viaţă şi o smerită supravieţuire. Dilemele şi greutatea deciziilor care trebuie luate se pot observă cu mare uşurinţă în comportament.

Reevaluarea şi redresarea includ acceptarea realităţii multiplelor pierderi. Pentru unii supravieţuitori, această atitudine este sumarizată în Rugăciunea Seninătăţii:

„***Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să schimb lucrurile pe care le pot schimba, şi înţelepciunea de a vedea diferenţa***".

În acest moment al acceptării, supraviețuitorii înfruntă descurajarea care însoțește irevocabilele disrupții ce ornamentează pierderile multiple.

Supraviețuitorii înfruntă întrebări vitale: *Cum voi putea trăi în această nouă lume? Cu cine voi mai putea relaționa? Cât de mult voi putea să-mi păstrez intimitatea? Care sunt de-acum valorile mele? Unde voi putea să găsesc măcar un sens în această lume înconjurătoare plină de neînțelesuri? Voi putea să fac față durerilor și suferințelor nesfârșite?* Acestea sunt o parte din întrebările existențiale și fundamentale din viața fiecărui supraviețuitor.

În contrast cu stadiul anterior - în care domina confuzia - răspunsurile sunt marcate de intenții hotărâte. Schimbările sunt făcute în acord cu noile realități. **Acest proces are loc la nivel mental și spiritual și este observat în conduite specifice**. Scopurile stabilite sunt promițătoare: implicarea ca voluntar în diverse organizații, participarea la diverse grupuri de suport, lucrul cu durerea, participarea la psihoterapie, implicarea socială și stabilirea de noi relații interpersonale. Durerea și suferința care însoțesc aceste răspunsuri pot fi ameliorate sau mai ușor de îndurat. Disrupțiile radicale din lumea supraviețuitorilor, a identității și sensurilor personale, devin comprehensibile ca răspuns la căderile psihice și fizice. Dând importanță pierderilor îndurate și durerilor care decurg din acestea, este de înțeles dorința de a evita pierderile și durerile viitoare printr-o atitudine de conservatorism emoțional și relațional. O strategie de a preveni potențialul dureros inerent al relațiilor personale este de a le evita, în special relațiile cu persoane care ar putea fi bolnave sau cu risc de a se îmbolnăvi.

Aceste decizii exercită un cost prea mare prin pierderea suportului, prietenilor și relaționărilor. **Evitarea sentimentelor** este o alegere întâlnită la unii supraviețuitori ai pierderilor multiple. **Intelectualizarea și raționalizarea sunt strategii de evitare și retragere din calea sentimentelor**. La ce bun să mai exprimi sentimente, când nimic nu ai pe lume? Sănătate nu, energie nu, prieteni nu, slujbă nu etc. Alterarea stării sufletești prin substanțe

chimice, alcool sau prin exacerbarea activităţii sexuale sunt două modalităţi de a învinge durerea atât de multor pierderi.

Durerea legată de separare – Normalitate - anormalitate

Capacitatea de a ne ataşa de alte persoane şi de a dezvolta legături emoţionale reprezintă o caracteristică fundamentală a fiinţelor umane şi, totodată, trăsătura care ne ajută să supravieţuim ca specie. Experienţa tulburărilor psihologice şi sociale determinate de pierderi şi separări, din trecut sau prezent, reprezintă o parte integrantă a aceluiaşi proces. Deşi încă nu se cunosc întru totul bazele neurobiologice ale ataşamentului (Reite & Field, 1985), corelaţiile psihosociale ale ataşamentului au fost descrise de Parkers (1972) şi Bowlby (1977). Iubirea, nevoia de securitate şi solidaritate îl explică în mare măsură.

Durerea este o experienţă umană universală, dar manifestările sale sunt influenţate în mod variabil de mai mulţi factori cum ar fi circumstanţele morţii, natura relaţiei dintre cel aflat în suferinţă şi persoana decedată, personalitatea şi alte trăsături ale celui aflat în doliu, circumstanţele sociale şi culturale ale supravieţuitorului. Doliul patologic (Engel, 1961) apare atunci când sunt prezente tulburări severe ale funcţionării psihologice şi sociale. Doliul poate atinge o intensitate sau o durată al căror grad interferă în mod semnificativ cu viaţa persoanei. Mai mult decât atât, indivizii care experimentează doliul patologic pot beneficia de intervenţii psihologice şi sociale specifice.

- **Durere normală**

Consecinţele psihologice, biologice şi sociale ale pierderii şi îndurerării au fost subiectul unor studii variate (Lindemann, 1944; Parkers, 1972). Impactul pierderii, fie ea trecută sau actuală, a fost conceptualizat în mai multe moduri, dar există o temă comună tuturor acestora: perceperea durerii sufleteşti ca un proces şi, în consecinţă, ca

un fenomen în schimbare mai degrabă decât un fenomen static. Kubler-Ross (1969) consideră jelirea ca evoluând printr-un număr de **stadii: negare și izolare; furie; târguială; depresie; acceptare**. Acestea nu sunt inevitabile sau fixe în modul lor de a apare.

Alți autori (Parkes, 1970, 1972; Bowlby, 1980) consideră că durerea implică câteva „faze": amorțeală; dor și furie; dezorganizare și disperare; reorganizare. Worden (1992) folosește conceptul de „scopurile jelirii": acceptarea realității pierderii; trecerea prin durere; adaptarea la situația fără persoana decedată; reașezarea emoțională a persoanei decedate în universul interior al supraviețuitorului.

Scopurile dau un sens acestor încercări. Jacobs (1993) a încercat să stabilească o listă de trăsături ale durerii folosind modelul teoriilor atașamentului, conceptul de „dimensiuni ale durerii", manifestări aflate în legătură cu jelirea și care tind să se cristalizeze în timp. După o perioadă de amorțeală și irealitate, **durerea separării** poate cauza diverse tulburări (Raphael, 1983). Tulburarea cauzată de separare este privită ca fiind o caracteristică fundamentală a durerii, fiind caracterizată de dor și preocupare față de cel decedat, plâns, căutare, furie și anxietate.

Caracteristicile acute ale durerii de separare se șterg gradual, în timp ce simptomele depresive și manifestările de jelire tind să persiste, putând fi chiar înrăutățite după o anumită perioadă, însoțite de tristețe, disperare, insomnie, letargie și pierderea interesului față de mediul înconjurător. Procesul de revenire și folosire a răspunsurilor adaptative continuă, în timp ce manifestările doliului (tristețe, letargie) sunt încă prezente. Nu există un mod clar de a reacționa la pierdere.

În practică, o varietate de factori psihologici și sociali vor contribui la modelarea exprimării durerii. Worden (1992) a sintetizat cele mai importante aspecte: cine a fost persoana (partener sau o rudă mai îndepărtată); natura relației (tăria ei); securitatea (ambivalență sau conflict); tipul morții (așteptată, suicidară, circumstanțe tragice); experiențe trecute ale pierderilor; personalitatea supraviețuitorului; variabile sociale și de suport; existența altor stresuri asociate.

Aceşti factori vor influenţa modul în care se va manifesta durerea şi vor juca un rol în dezvoltarea durerii patologice, contribuind atât la intensitatea cât şi la caracteristicile acesteia şi la evoluţia sa în timp.

• **Durere patologică**

Ca şi în cazul durerii normale, există multe încercări de a dezvolta o înţelegere conceptuală a durerii patologice (Freud, 1917; Deutsch, 1937; Lindemann, 1944; Bowlby, 1980) şi pentru a obţine probe empirice pentru caracteristicile şi evoluţia sa (Parkes, 1970; Klayton, 1990; Jacobs, 1989, 1990).

În comparaţie cu durerea sufletească normală, durerea patologică se caracterizează prin diferenţe notabile în intensitate, manifestări specifice şi evoluţie în timp. Nu este foarte uşor de diferenţiat între durerea normală şi cea patologică. Există totuşi încercări utile de a oferi definiţii operaţionale (Jacobs, 1993).

În unele cazuri, îndurerarea legată de separare poate conduce la sindroame psihiatrice bine delimitate şi uşor de recunoscut (depresie majoră, tulburări anxioase). Lazare (1979) a sugerat un număr de semne utile pentru a identifica durerea patologică: persoana nu poate vorbi despre decedat fără să experimenteze retrăirea doliului; evenimente minore atrag după sine un răspuns intens legat de doliu; pierderea este adesea un subiect de conversaţie; dorinţa de a nu renunţa la lucruri ce au aparţinut decedatului; cel care poartă doliu susţine că are simptome similare cu cele ale decedatului; apar schimbări radicale şi bruşte ale stilului de viaţă imediat după pierdere; prezenţa temerilor de moarte şi prezenţa fobiilor. Frecvenţa cu care apare durerea patologică va depinde în oarecare măsură de criteriile pe care le folosim pentru a o defini, dar o cifră menţionată de obicei este aceea dată de Jacobs (1993), care arată că aproximativ 29% dintre indivizii care suferă experimentează durere patologică.

Există durere în care se neagă sau chiar lipsesc manifestările de amorţire a tulburării de separare şi a caracteristicilor asociate în mod obişnuit cu durerea normală, pe o perioadă de cel puţin două săptămâni.

Există cazuri în care negarea poate fi o chestiune de luni sau chiar de ani. Se întâlnește și situația în care pierderile ulterioare sau experiențele de tristețe, aparent nesemnificative, pot să declanșeze o durere observabilă. **Negarea durerii poate fi rezultatul unei naturi traumatice a pierderii sau prezenței altor dificultăți presante, care absorb atenția și emoțiile persoanei care suferă**, prevenind exprimarea obișnuită a sentimentelor. Negarea durerii nu se va confunda cu prezența unor manifestări mai scăzute în intensitate, chiar dacă persoana respectivă a mai experimentat durerea înaintea pierderii actuale. Reacțiile aniversare sunt privite ca evenimente normale mulți ani după pierdere. În durerea cronică nu există numai persistența în timp a intensității gândurilor și emoțiilor asociate cu persoana decedată, ci și un sentiment subiectiv de a nu fi capabil de întoarcere la o viață normală și de a nu fi depășit procesul de jelire. În cazul în care nu s-au atins încă scopurile jelirii, atunci realitatea pierderii nu a fost acceptată, adaptarea la un mediu fără persoana decedată nu a început sau persoana decedată nu a fost înlocuită emoțional de către cel care suferă. Preocupările pentru mormântul decedatului, vizitele prea dese la mormânt sunt un lucru obișnuit.

În unele cazuri, obiectele care au aparținut persoanei decedate sunt lăsate neschimbate (camera, hainele etc.), ca și cum s-ar aștepta reîntoarcerea acesteia. Viața persoanei care suferă rămâne dominată de cel decedat, fără a reveni la o viață normală și cu excluderea altor relații. În timp ce se pot înregistra simptome de anxietate și depresie, acestea nu ating totuși severitatea unui sindrom clinic psihiatric.

Durerea distorsionată sau inhibată prezintă alte caracteristici. În locul fazelor întâlnite în jelirea normală apare un pattern ciudat de gândire și răspunsuri emoționale, fără un progres evolutiv clar. Persoana care suferă acuză simptome somatice (dureri de cap, palpitații), anxietate sau depresie, manifestări comportamentale (ostilitate, furie neadecvată, supraidentificare cu decedatul). Ca și în durerea cronică, persoana poate fi conștientă că nu a reușit să depășească pierderea.

Uneori, după o perioadă de negare a durerii, pot apare răspunsuri la distanţă, acutizări nemotivate ale durerii patologice.

Diferenţa dintre durerea normală şi durerea severă este legată doar de nivelul acesteia. Tulburarea de separare notabilă, plânsul, dorul, manifestările somatice, tulburările perceptuale şi cognitive sunt întotdeauna prezente. Severitatea în stadiile timpurii ale durerii poate prezice o durere cronică. Durerea asociată cu tulburările psihiatrice conţine diverse sindroame. În unele cazuri, persoana poate experimenta probleme similare ca răspuns şi la alte evenimente de viaţă indezirabile, sugerând prezenţa vulnerabilităţii sau a predispoziţiei la tulburări psihiatrice.

Atunci când durerea este asociată cu tulburări psihiatrice semnificative, este absolut normal să luăm în considerare atât pierderea suferită, cât şi caracteristicile sindromului specific, pentru a oferi un ajutor eficient. Cele mai frecvent întâlnite sindroame psihiatrice sunt: tulburările de stres posttraumatice, tulburările depresive şi tulburările anxioase.

Tulburările de stres posttraumatice (DSM-III, 1987) apar în urma unui eveniment traumatic şi se manifestă prin vise sau sentimente legate de eveniment, evitarea persistentă a trecutului şi simptome de trezire persistentă. În timp ce unele dintre caracteristicile sale nu sunt diferite de cele ale durerii normale, în acest caz ele diferă prin intensitate şi prin natura bruscă şi uneori oribilă a morţii. În stadiile iniţiale ale durerii există multe asemănări cu depresia majoră.

Această stare acceptabilă de tulburare a dispoziţiei poate totuşi evolua spre o tulburare depresivă majoră, caracterizată de dispoziţie depresivă, pierderea interesului faţă de lucruri, pierderea plăcerii, simptome somatice cum ar fi pierderea în greutate, a apetitului sau trezirea foarte devreme dimineaţa, sentimente de deşertăciune şi vinovăţie, idei suicidare, agitaţie sau lentoare psihomotorie (Gender, Gath, Mayou, 1989).

În tulburarea depresivă majoră sentimentele de deşertăciune şi vinovăţie tind să fie mai degrabă generalizate decât îndreptate către cel decedat. DSM-III listează distimia şi nevroza depresivă printre

tulburările depresive. Este important să se identifice tulburările depresive la oamenii care au suferit o pierdere și poate fi necesar să se ia în considerare folosirea medicamentelor și a altor tratamente psihiatrice. În acest tip de situație, există riscul ca, după suferință, să apară un comportament suicidar.

Simptomele de anxietate sunt obișnuite în cursul jelirii, mai ales în primele stadii, dar tulburările anxioase se vor dezvolta în asociere cu suferința, sub formă de anxietate generalizată, panică și tulburări fobice (Gelder, Gath, Mayou, 1989). În unele cazuri, tulburările de anxietate apar în contextul durerii cronice sau inhibate. La persoanele vulnerabile, durerea poate conduce la o paletă largă de alte sindroame psihiatrice și probleme comportamentale, durerea acționând ca un declanșator pentru tulburări. Exemplele ar include probleme legate de alcool și drog, acte antisociale, tulburări disociative sau somatoforme (Gelder, Gath, Maynu, 1989).

Consilierea și terapia durerii*

Worden (1992) a făcut o distincție foarte utilă între „consilierea durerii" - care facilitează durerea normală necomplicată - și „terapia durerii" - care ajută la rezolvarea durerii patologice. În practică, cei mai mulți oameni care experimentează o durere normală nu merg la profesioniștii cu experiență în domeniul pierderilor.

Chiar și din rândul celor care experimentează durerea patologică, numai o mică parte dintre aceștia vor apela la specialiști. Mai mulți factori contribuie la această conduită (dorința de a nu împărtăși propria experiență, lipsa profesioniștilor bine pregătiți etc). Jelirea este un proces activ ce implică scopuri, stadii și nivele în care facilitarea procesului de durere normală implică acordarea suportului, pentru ca persoana să poată depăși impasul în care se găsește.

O parte a supraviețuitorilor sunt ajutați de prieteni sau rude. În cele mai multe cazuri, persoana care oferă ajutor va avea mai

* Menționăm că ne referim la terapia suferinței psihologice legate de pierdere în sens larg, și nu la terapia durerii fizice exclusiv.

degrabă un rol non-intervenţionist, încurajând şi permiţându-i persoanei să exploreze şi să experimenteze sentimente şi gânduri. În timp ce există tehnici şi abordări diferite ale consilierii durerii, în practică există câteva teme majore.

Worden (1992) a descris **zece principii** pentru a ajuta o persoană aflată în suferinţă să depăşească durerea:

• **actualizarea durerii** (descrierea morţii, a circumstanţelor ei);

• **identificarea şi exprimarea sentimentelor** (furie, culpabilizare etc);

• **detaşarea de cel decedat** (luarea unor decizii, schimbări);

• **înlocuirea emoţională a persoanei decedate** (stabilirea de noi relaţii);

• **stabilirea unui termen-limită pentru doliu**;

• **reasigurarea normalităţii sentimentelor**;

• **recunoaşterea diferenţelor individuale în procesul durerii**;

• **accesul la suport non-intensiv pe termen lung**;

• **explorarea stilurilor de a face faţă**, punctând riscul alunecării spre folosirea unor metode neadaptative (ex. abuz de alcool);

• **identificarea durerii nerezolvate**.

Aşa cum am spus deja, aproximativ 20% dintre persoane experimentează durerea patologică (Jacobs, 1993). Varietatea reacţiilor durerii patologice şi diferenţele personale şi culturale existente sugerează că nu este totdeauna simplu să cuprinzi în concept durerea patologică.

Intervenţiile psihologice trebuie însoţite de intervenţii farmacologice atunci când durerea este asociată cu tulburări psihiatrice. Durata şi tipul intervenţiilor psihologice diferă de la caz la caz. Intervenţia în criză se foloseşte în cazul persoanelor cu risc de durere patologică (Raphael, 1977). Terapiile comportamentaliste se folosesc în cazul durerii nerezolvate şi, în particular, pentru rezolvarea unor aspecte comportamentale (Mawson, Marks, Ramm, 1981). În general, elementele psihoeducaţionale în terapia durerii vizează sentimente, cogniţii şi comportamente. În ceea ce priveşte intervenţiile

psihofarmacologice, se pot folosi: medicația hipnotică, medicație antidepresivă, sedative. Dar de cel mai mare ajutor sunt **grupurile informale de suport**.

În apropierea morții – realitate, înțelegere, reacții spirituale

Vom încerca în continuare să surprindem câteva aspecte referitoare la ultimile zile ale vieții, recunoscând importanța obiceiurilor și ritualurilor, identificarea sentimentelor și comportamentelor dureroase, explicând fazele și importanța jelirii și a doliului, a deprinderilor ce trebuie dobândite pentru o ascultare atentă a acestui ceas al peregrinărilor noastre, și surprinderea psihologiei abisale a supraviețuitorilor care și-au pierdut un om apropiat.

Durerea poate fi privită și ca o oportunitate de a primi îngrijire, care poate preveni dezvoltarea unor comportamente maladaptative într-un final în care suferința rămâne nerezolvată.

Atunci când moartea se produce, cei loviți de gheara ei încep să se întrebe de ce nimeni nu i-a învățat cum să facă față acestei uriașe pierderi. Experimentează sentimente de frică, anxietate, disperare, frustrare orientată către persoana care va muri, spre profesioniștii implicați, și-nspre alți prieteni și membri ai familiei. Adesea se spune: *„Dacă aș fi știut la ce să mă aștept, poate că m-aș fi comportat mai bine"*.

Pregătirea ajutorului pentru a face față anxietății, înainte ca moartea să se producă, constă în **încurajarea unui comportament normal, o redresare și reconvertire interioară a durerii produse**. Este șansa de a fi îngrijit și ocrotit ca un rege, posibilitatea de a experimenta ce înseamnă să devii important, iubit, frumos, să primești compasiune și să oferi din priviri puterea unică și incomparabilă altor circumstanțe. Motivul principal pentru care atât de multă frică și teamă sunt atașate, de pildă, de virusul HIV este pentru că el reprezintă echivalentul unei condamnări la moarte.

Realitatea medicală, însă, nu confirmă la modul absolut această asumpţie. Statusul de persoană infectată cu HIV sau al bolnavilor de cancer nu înseamnă terminarea imediată a vieţii. Moartea cauzată de aceste maladii incurabile sau cu prognostic incert continuă însă să ia proporţii sfidător de mari, iar viitorul funest poate fi previzibil în acest caz.

- **Înţelesul morţii fără de-nţeles şi consilierea psihologică**

Procesul trecerii de la un statut de seropozitivitate la semne şi simptome clinice cuprinde infecţiile oportuniste, apoi posibile handicapuri multiple şi un eventual stadiu final insuportabil şi contorsionat. Spre deosebire de multe alte boli, SIDA nu are răgaz să poposească nici măcar o vreme. După o perioadă de incubaţie de ani de zile, ea poate izbucni sub forma unor modele mixte de handicapuri, crize şi dezastre.

Aceste realităţi determină deseori persoanele infectate şi afectate să-şi dezvolte un **sistem intern de negare şi aşteptări** - doar un episod al bolii - întrucât urmează, aşa cum am văzut deja, reevaluarea şi resemnarea. Negarea morţii, în prima fază, nu este neapărat o conduită maladivă. Poate reprezenta singura modalitate în care unii oameni pot reacţiona.

Această nenorocire se poate suprapune peste altele deja existente, şi astfel, capacitatea individuală de rezistenţă şi supravieţuire să fie drastic diminuată. Uneori se poate distruge complet abilitatea de funcţionare la parametri minimali ai fiinţei umane. Profesioniştii care lucrează cu astfel de persoane trebuie să fie foarte atenţi atunci când doresc să distrugă negarea morţii din partea pacienţilor întrucât, dacă nu au nimic să pună în loc, această aparentă binefacere poate fi în realitate un alt mare rău pe care ei trebuie să-l îndure.

Dacă se înmulţesc simptomele de oboseală, mult mai multe infecţii oportuniste apar, funcţiile cognitive intră în declin, relaţiile interpersonale se menţin din ce în ce mai greu, noua realitate îşi modifică impactul şi înţelesul.

Vine momentul când se pun întrebări de genul: *„Am să mor?”*, *„Sunt terminal?”*, *„Există cumva viaţă după moarte?”*, *„Cum va* fi

în Cer?", *„Voi* fi *singur în fața morții?"* ș.a.m.d. Poate fi prima și ultima dată când își pun asemenea întrebări și, dacă nu vor găsi răspuns, ele nu vor mai fi formulate.

Acest moment este într-adevăr o fereastră către oportunitatea de a lămuri aceste lucruri. Deseori, îngrijitorii, aflați ei înșiși în faza de negare și teamă, închid o asemenea fereastră spunând: *„Știi foarte bine că ieri a fost o zi foarte bună pentru tine"* sau *„Dacă nu mănânci nu o să te poți simți bine"*, *„Doctorul spune că-ți merge foarte bine"* sau *„Cum pot să te ajut dacă tu vrei să mă părăsești?"*.

Când acest moment se apropie, consilierul poate să întrebe clienții **dacă vor să vorbească și să exploreze aceste probleme** și, apoi, cu gentilețe îi întreabă dacă poate să-și ia o scurtă pauză. Dacă problema este de competența sa, atunci consilierul e bine să-și clarifice lui însuși anumite lucruri și apoi să revină la discuții. Dacă pacientul nu găsește pe nimeni disponibil pentru asemenea lămuriri, atunci oportunitatea este pierdută.

Succesul depinde foarte mult de **nivelul încrederii** care există între cele două persoane. Întrebări de genul *„Am să mor?"* dezvoltă o extraordinară șansă pentru un **dialog deschis**, care poate reduce teama, dezvăluirea „afacerilor neterminate" și dă un nivel de confort și pace care supradimensionează zilele și orele dinaintea morții. Răspunsurile pot fi date în întrebări închise-deschise ca: *„Ce ar însemna asta pentru tine?"*, *„Te sperie?"*, *„Ar fi unele lucruri pe care ți-ai dori să le faci?"* *și „Ai prieteni sau apropiați pe care ți-ai dori să-i vezi?"*.

Această modalitate de conversație poate avea efecte deosebit de pozitive. În practica clinică se întâlnesc o serie de cazuri, singulare și deosebit de complexe. **Cunoașterea** este arma cea mai bună în astfel de situații. Înțelegerea semnelor fizice și simptomelor care preced moartea, a procesului emoțional care însoțește dispariția, ne va ajuta să vedem moartea ca un **eveniment normal și natural**. Nu ca fiind unul străin și înspăimântător, ci ca pe un timp al iubirii, ce nu poate fi repetat.

Semne emoţionale şi spirituale care preced moartea

În popor se spune că moartea vine ca un hoţ. Hoţia este şi mai mare atunci când vine cu alai, adică anunţată. Pârjoleşte totul. Nimeni şi nimic nu-i poate sta în cale. Complexitatea durerii reprezintă subiectul multor formulări teoretice.

Durerea este şi mai devastatoare atunci când este vorba despre un deces. Stroebe şi Suoebe (1993) propun câteva **modele teoretice de înţelegere a durerii corelate procesului morţii**: modelul bazat pe depresie, teoria bazată pe stres, modelul emoţional, modelul medical bazat pe boală. Evident că aceste teorii prezintă limite în explicarea durerii în toată complexitatea sa. Parkes (1993) propune **adaptarea la situaţia de durere**, accentuând rolul profesioniştilor şi îngrijitorilor în facilitarea schimbărilor şi a depăşirii experienţei dureroase. Cele mai comune **semne emoţionale şi spirituale la apropierea morţii** sunt următoarele:

- **Frica**

Frica este cea mai comună stare în asemenea situaţii: *«Ce se va întâmpla după?», «dacă totul se va termina aici?», «groaza de a merge în iad şi groaza de condamnare», «teama de a fi îngropat într-un loc întunecos»,«teama de a fi îngropat pe veci», «teama de a fi singur în faţa morţii»* etc. În aceste momente este bine ca persoana în cauză să nu fie lăsată singură, ci în permanenţă să existe cineva care să-i stea alături. Consilierul poate fi un suport emoţional nepreţuit. Ce poate oferi el muribundului?

Reasigurarea că oricine va trece la un moment dat prin o astfel de situaţie. El explorează credinţele şi opiniile lui despre viaţa de după moarte şi i le respectă. Crematoriul, morga sau cavoul sunt opţiuni care trebuiesc respectate. El îl reasigură că cei care vor rămâne în urmă vor beneficia de suport şi sprijin.

- **Reacţiile dinaintea morţii**

Supravieţuitorii menţionează că, cu câteva zile sau ore înaintea morţii, persoanele în cauză au o perioadă de **profundă luciditate** când mănâncă bine, vorbesc cu scop şi înţeles, îşi iau rămas bun, se

plasează într-un loc senin al așteptării și par posedate de așteptarea morții. În aceste momente, totul trebuie făcut la momentul potrivit și cu precizie maximă. Sărută, îmbrățișează, plânge, întreabă, fă tot ceea ce vrei să faci și pune întrebări pertinente dacă simți nevoia.

• Retragere și izolare

Este normal ca în stările de scădere a mobilității fizice și psihice să existe dorința de a petrece timpul care a mai rămas numai cu câteva persoane sau chiar numai cu una singură. Vizitatorii prețioși și iubiți consumă energie, care este deja limitată. Acum este momentul reasigurărilor, afirmării, îndeplinirii dorințelor.

Eliberați persoana și dați-i voie să moară. Deseori această permisiune este acordată cu ambivalență: *„Te lăsăm să mori, dar ne vom uita după tine tot restul vieții"*. Permisiunea dată fără încordări este cel mai frumos cadou și dovada iubirii necondiționate. Supraviețuitorul care a înțeles aceste sentimente nu se va simți abandonat și rejectat. Pierderea suferită este foarte importantă, dar schimbările trebuie acceptate.

• Durerea spirituală

Literatura axată pe moarte rareori prezintă chinurile spirituale și durerea persoanelor aflate în faza terminală, dar din ce în ce mai mulți profesioniști recunosc că aceasta este o nevoie nerostită și intensă. Durerea spirituală se poate exprima prin sentimente de depresie, vinovăție, singurătate, lipsă de sens, condamnare, confuzie, abandon, izolare și deșertăciune.

Trebuie întrebat dacă persoana aparține unei credințe anume și dacă da, atunci ne vom interesa dacă are cine să-l viziteze și dacă există persoane pe care ar dori să le vadă în mod special. Dacă nu, și nici nu are un sistem de valori religioase, pacientul va fi încurajat să-și exploreze propria viață. Reafirmarea sinelui prin recunoașterea nevoii de a fi apreciat dă sens și înțeles realităților multiple. Memoria poate fi provocată răsfoind un album cu fotografii, ascultând muzica preferată, rechemând evenimente din trecut, trecând în revista anii cei mai fericiți. Ultimele dorințe sunt dintre cele mai intens trăite momente din viața unui om.

În urma pierderilor rămân totdeauna supravieţuitorii, care se vor confrunta cu diverse probleme. Literatura de specialitate este presărată cu teorii care descriu stadiile şi fazele procesului dureros. Acestea sunt de ajutor în a explica emoţiile şi experienţa unui număr reprezentativ de persoane. Cu siguranţă că aceste teorii scapă nuanţele fiecărei experienţe individuale. Cele mai multe cercetări examinează durata procesului dureros ca fiind o problemă mai degrabă liniară decât una cumulativă. Limitele de timp şi factorii de durată sunt mult mai utili atunci când examinăm intensitatea reacţiilor, nivelul de interferenţă al durerii cu existenţa zilnică, obstacolele şi problemele pe care le ridică durerea vis-à-vis de supravieţuire ş.a.m.d.

Există studii care evidenţiază **efectele negative ale pierderilor neaşteptate** (Beckenridge, 1986, Sanders, 1983, Stroebe & Stroebe, 1987). Cea mai utilă modalitate de a face faţă acestor dureri o reprezintă încorporarea într-un grup de suport (sprijin). Această modalitate este privită ca fiind un factor de facilitare a suferinţei şi de raportare corectă la moarte.

Acest concept este prea puţin înţeles şi prea puţin măsurabil. Conţine o varietate de elemente suportive (House, 1981). Îndeplineşte multiple funcţii (Rook, 1987): alungarea singurătăţii, schimb de experienţă, schimburi sociale şi ajutor practic. Suportul social nu trebuie văzut ca fiind o stare care să creeze pasivitate şi comoditate, ci ca un fenomen complex care reflectă personalităţi diferite şi factori circumstanţiali variaţi. Parkes & Weiss (1982) consideră că suportul social trebuie văzut în termenii utilităţii. Aşadar, suportul social nu este o noţiune simplă, ci un proces dinamic ce trebuie înţeles în adevărata sa complexitate.

Fiecare fiinţă umană va muri, dar vestea că moartea este iminentă poate fi extrem de traumatică. Anxietatea morţii afectează psihicul multor persoane (Marcus & Rosenberg, 1989) şi poate juca un rol hotărâtor în multe alte condiţionări psihologice. Când o persoană se află pe patul morţii, aceasta are nevoie să fie tratată cu

delicateţe şi compasiune. Hinton (1977) şi Parkes (1986) au examinat aspectele psihologice ale morţii.

Există multe realităţi care i-ar putea determina pe cei care se confruntă cu moartea să ajungă la contemplare. Aceasta se poate realiza cu uşurinţă pentru unii, dar cu dificultăţi mari pentru alţii. Rezultatele conduc la o **mare varietate de reacţii individuale**, în care unele persoane se gândesc la cele mai multe dintre aspectele implicate, reacţionează şi încearcă să planifice, în timp ce alţii nu reuşesc să treacă peste aceste bariere, ceea ce lasă anumite aspecte nepregătite. Aceste strategii aduc cu ele durere, dificultate şi traumă.

Se resimte nevoia **asocierii unei planificări cu moartea iminentă**. Aceasta se referă nu doar la planificare de ordin mental sau medical, dar şi la aspecte cum ar fi scrierea unui testament (Sherr, 1989). Unele persoane îşi fixează asemenea scopuri pentru că sunt îngrijorate de faptul că orice concentrare asemenea unui testament ar putea „tenta soarta" să acţioneze. Alţii pot vedea în aceasta admiterea faptului că au fost învinşi şi că trebuie să-şi predea armele.

Cu toate acestea, există unii indivizi care resimt o uşurare importantă atunci când îşi pun **ordine** în aceste lucruri. Se iau în calcul deciziile şi opţiunile legate de tratament şi resuscitare. Moartea este asociată cu simptome fizice şi psihice ca: durerea fizică, teamă, panică, tristeţe, etc. **Controlul simptomelor şi reasigurarea fac parte din toate fazele terminale**. Relaţiile apropiate de încurajare şi sprijin sunt deosebit de importante în asemenea situaţii. Există păreri conform cărora durerea pierderii este un proces de uitare şi punere „deoparte" a celui decedat.

Modelul psihologic prezintă o viziune alternativă în care **durerea este procesul de exprimare a amintirilor dureroase. Modelul negării anihilează orice amintire, în timp ce modelul încorporării încurajează crearea amintirilor**. Experimentarea durerii de către o persoană poate lua variate forme. Schutchter şi Zisook (1993) sintetizează următoarele forme: **atipică** (Parkes, 1972), **morbidă** (Lindemann, 1944), **patologică** (Volkan, 1972; Raphael,

1975; Middleton, 1993), **absentă** (Deutsch, 1937), **nevrotică** (Wahl, 1970) şi **depresivă** (Clayton, Halikar şi Maurice, 1972).

O parte a acestora au fost discutate în această carte dar, pentru o mai clară şi concisă înţelegere a lor vom menţiona caracteristicile acestora: un suport social slab sau unul care lipseşte, prezenţa unor tulburări psihiatrice, simultaneitatea durerii cu alte evenimente de viaţă traumatice, asocierea cu alte boli, existenţa unor multiple pierderi şi schimbări, pierderea suferită a fost o relaţie excesiv de intimă, relaţia a avut un nivel înalt de dependenţă, experienţe marcate de fricţiuni sau dezacorduri, prezenţa ambivalenţei.

Leick şi Davidsen - Neilsen (1991) au subliniat **factorii de risc pentru durerea patologică**. Aceştia includ: circumstanţele morţii, personalitatea celui îndoliat, natura şi extinderea ataşamentului faţă de persoana pierdută, situaţia psihologică a celui îndoliat.

Momentul morţii - datini, obiceiuri, ritualuri

Va veni şi momentul în care inima va înceta să mai bată; nu mai există puls şi nici răspuns verbal. Maxilarul şi gura sunt relaxate. Ochii pot fi deschişi, ţintuiţi undeva anume şi holbaţi. Moartea poate fi nu neapărat un moment de groază ci, pentru unele persoane, un moment eliberator de chinuri şi suferinţă. Membrii familiei trebuiesc încurajaţi ca, înainte, să spună la revedere, să petreacă acest timp aşa cum îşi doresc.

De asemenea, pot să-şi petreacă cât de mult timp îşi doresc alături de trupul neînsufleţit al celui tocmai decedat. Este un timp al jalei, doliului şi pentru prima dată te poţi simţi deasupra frământărilor şi încorsetărilor de zi cu zi. Poţi realiza că nimic din lume nu merită să fie apreciat şi valorizat mai mult ca sufletul. Pot apare dificultăţi în familia decedatului atunci când există în apropiere şi copii, cărora le va trebui dată o explicaţie onestă şi pe înţelesul vârstei lor. În acest sfârşit de secol XX există tentaţia şi dorinţa ca familiile să-şi protejeze proprii copii de orice forma de stres şi disconfort. Comunicarea veştilor rele trebuie pregătită cu grijă, onest

și comprehensiv, pentru că în felul acesta copii vor avea mai puține probleme emoționale mai târziu.

Copiii care își pierd un părinte sau un frate vor trece prin multe schimbări și provocări emoționale. Prezența și participarea copiilor va împiedica instalarea sentimentelor de vină și furie și, îi va ajuta să intre pentru câteva clipe în realitatea stării de adult. Copiii trebuie încurajați să participe la discuții familiile, să se facă utili, să vorbească, să atingă persoana decedată și să-și exprime propriile sentimente. Nu trebuie să fie nici valorizați peste măsură, dar nici izolați.

Personalul medical care asistă pacienții în faza terminală se confruntă cu probleme psihologice specifice.

Astfel, au fost identificate câteva **aspecte** ale morții considerate **extrem de dificile și de stresante**. Acestea sunt: lipsa unui tratament contra morții, responsabilitatea pentru moarte, numărul foarte mare de morți, sentimentele de neajutorare, relațiile și identificările cu pacienții terminali, natura morții și dilemele etice dimprejurul morții (Bennett, 1992). Primul aspect al morții care determină disperare și durere este lipsa unui tratament contra morții și faptul că toți pacienții netratabili mor.

Studiul lui Hingley (1985) arată că asistentele medicale au identificat trecerea peste moarte ca un agent stresor specific, legat de așteptările lor conform cărora pacienții vor fi vindecați prin îngrijirea medicală care li se acordă. Ross și Seeger (1988) au întâlnit și ei același răspuns - „senzația inutilității în tratarea pacienților terminali". Din acestea rezultă o nevoie clară a personalului de a-și schimba orientarea de la un tratament curativ către unul paleativ. Specialiștii sunt deseori nepregătiți pentru impactul cu multiplele experiențe de durere și pierdere. Aceste situații implică mai mult decât pierderile asociate cu moartea.

Personalul medical este martor la toate pierderile pe care le înregistrează clienții lor: aspectul fizic, vitalitatea și sănătatea, slujba, prietenii, standardele de viață etc. **Toate aceste pierderi ale clienților au un impact asupra profesioniștilor care-i susțin în**

tot acest timp. Numărul mare de decese din unităţile sanitare nu oferă personalului suficient timp sau oportunitatea de a suferi în mod profund. Piemme şi Bolle (1990) atrăgeau atenţia asupra faptului că personalul care lucrează cu pacienţi seropozitivi se confruntă cu „supraîncărcare dureroasă".

Aceasta, afirmă ei, este cauzată de expunerea la multe cazuri terminale într-o perioadă foarte scurtă de timp. O asistentă medicală a raportat faptul că au pierdut 125 de pacienţi într-un an şi jumătate. Price şi Bergen (1977) arătau că **profesioniştii care lucrează în mediul stresant al unei secţii de boli coronariene încep să se simtă responsabili pentru vieţile pacienţilor lor.** Wessells (1989) arată că un profesionist ar trebui să îşi definească succesul profesional în termeni de calitate a procesului muncii şi nu în funcţie de rezultate.

Inabilitatea de a vindeca pacienţii poate contribui atât la sentimentele de responsabilitate, cât şi la cele de mânie şi furie. Bennett (1992), Bennett şi Kelaher (1993) observau că **intensitatea experienţelor de durere şi secătuire interioară erau legate de nivelul de identificare cu clienţii.** Personalul care experimentase cele mai înalte nivele ale durerii era cel care se identificase cu persoanele seropozitive. Această identificare poate plasa personalul respectiv la un **risc emoţional extrem de ridicat**, pentru că au răspuns în prealabil cu cele mai intense sentimente la moartea pacienţilor lor. Se recomandă învăţarea unor tehnici de menţinere a unei **distanţe sănătoase** faţă de clienţi. Morin şi Batchelor (1984) au avertizat asupra problemelor psihosociale cu care se confruntă profesioniştii de orientare homosexuală, care sunt implicaţi în lucrul cu persoanele seropozitive.

Aceşti autori susţin că mulţi dintre ei se vor identifica cu persoanele seropozitive şi se vor strădui din răsputeri să ofere îngrijire. Rămâne extrem de dificil să reuşeşti să fii empatic şi grijuliu şi, totodată, să te protejezi de supraimplicare. Horstman şi McKusick (1986) au descris **sindromul neajutorării al celui care ajută** (depresie, anxietate, lipsă de speranţă, sentimente generale de inadecvare). Natura morţii şi dilemele legate de terapiile paleative versus terapiile agresive reprezintă un aspect extrem de important în

procesul morții. Profesioniștii observă schimbările prin care trec pacienții lor care urmează să moară, remușcările și frământările acestora, problemele nerezolvate care rămân etc.

Unii autori recomandă folosirea controlului interior pentru a reduce stresorii asociați morții (Constable și Russell, 1986; Martin, 1990; Riordan și Saltzer, 1992). În fapt, există foarte puține studii care să cuantifice această legătură. Cercetările lui Bennett și Kelaher (1993) leagă experiențele durerii de modurile interne și exterioare de a face față. Ei arată că legătură dintre strategiile interne de a face față durerii și suportul social acordat conduce la nivele scăzute de suferință. Strategiile externe au fost asociate cu nivele ridicate ale capacității de a face față.

Aceste rezultate sugerează că persoanele **ar trebui să învețe strategii de a face față**. Modurile interioare de a face față implică credința că se poate aduce o îmbunătățire a situației dureroase. Profesioniștii trebuie **să-și schimbe atenția dinspre munca de îngrijire propriu-zisă spre aspectele psihosociale ale pacientului respectiv**. Munca intensivă cu o persoană aflată pe moarte este distinct diferită de munca în sfere în care profesioniștii s-ar concentra pe vindecare. În domeniul bolilor terminale, abordarea psihosocială include ajutarea pacientului să comunice familiei diagnosticul, oferirea de sprijin în facilitarea procesului de comunicare, susținerea pacientului în deciziile pe care le va lua, selectarea opțiunilor disponibile etc. Shleidman (1978) afirmă că un aspect important al îngrijirii este creșterea „confortului psihologic" al persoanei aflate pe patul morții.

Măsurile de evaluare a unei îngrijiri eficiente trebuie să aibă în vedere procesul de schimbare a relației dintre profesionist și pacient și „succesul psihosocial" în acel proces (Clark, 1989). Aceste succese psihosociale sunt distincte de succesele tradiționale medicale. Acestea sunt definite ca „acele evenimente identificabile și semnificative facilitate de profesioniștii din domeniul medical ce contribuie la bunăstarea emoțională a pacientului cu boală terminală sau a familiei sale.

Aceste succese pot să acţioneze ca un antidot parţial faţă de secătuirea interioară. Cei mai mulţi specialişti găsesc în ideea unei aparente recompense o uşurare în circumstanţele date. Cu toate acestea, doar puţine contribuţii psihosociale sau succese sunt documentate sau măcar recunoscute de ceilalţi. Clark sugerează că aceste succese au fost puse în umbră de moartea pacientului implicat în acest proces. Ceea ce rămâne este rezultatul şi nu procesul - şi asta conduce la dezavantajarea personalului în a se simţi satisfăcut pentru suportul emoţional şi intervenţia de succes pe care a iniţiat-o. Frustrarea este prezentă. În acest sens, se sugerează o înregistrare scrisă a succeselor psihosociale şi o recunoaştere formală a acestor evenimente.

Menţinerea sentimentului de speranţă este legată de **calitatea timpului rămas** pentru a fi trăit şi de zilele şi momentele care au însemnătate şi în care pacientul nu simte dureri. **Speranţa** este importantă **pentru pacienţi şi pentru personal**. Durerea poate fi percepută şi ca o oportunitate pentru **dezvoltarea personală**. Odată ce durerea acută iniţială a început să scadă, personalul poate găsi posibilitatea de a percepe durerea şi pierderea ca **oportunităţi de creştere**.

Chiar dacă această abordare nu este prea folositoare şi nu aduce foarte mult beneficiu în fazele intense ale durerii, pe termen lung se poate dovedi utilă. Studiul lui Bennett (1992) arată creşteri spirituale şi aprecierea vieţii la persoanele care au lucrat în domeniul bolilor terminale. Riordan şi Saltzer (1992) au recomandat **modalităţi de a reduce stresorii** interni cât şi pe cei externi.

Reducerea stresorilor externi include facilitarea doliului, participarea la întâlniri săptămânale cu grupuri de suport şi la şedinţe de consiliere individuală. Sunt recomandate: crearea unei modalităţi de lucru în echipă; încurajarea comunicării deschise între personal şi administraţie; includerea personalului în procesul de decizie atunci când este posibil.

Reducerea stresorilor interni include asumarea responsabilităţii pentru decizia de a lucra cu persoanele pe moarte, ca şi o cunoaştere a limitelor personale. De asemenea, se recomandă o

filosofie de implicare care adoptă stilul empatic de îngrijire, menținând totodată individualitatea. Un rol deosebit de important îl ocupă delimitarea vieții personale de cea profesională.

Modelul medical de îngrijire consideră că moartea este un semn al eşecului. În fapt, în cazul bolilor terminale, eşecul poate fi admis cu o perioadă considerabil de lungă înaintea morții, moment în care tratamentul se impune a fi schimbat din tratament curativ în tratament paleativ Un prognostic terminal poate fi însoțit de credința că nimic altceva nu mai este de făcut. Aceasta plasează **poveri semnificative asupra celor care aleg să îngrijească persoane cu boli incurabile.**

La aceste dileme etice se adaugă şi considerațiile privitoare la calitatea vieții, concept care are un rol crucial în deciziile privitoare la faptul dacă viața ar trebui sau nu să fie prelungită până în ultima clipă. Exemplul cel mai cunoscut priveşte calitatea vieții unui fetus handicapat, situație în care se ridică întrebarea dacă sarcina trebuie întreruptă sau continuată (Kuhse şi Singer, 1985). În mod similar, gradul de afectare a creierului cauzat de traumele produse de un accident anume poate constitui un argument în declanşarea sau nu a sistemelor de suport. Există şi cercetători care nici măcar nu iau în discuție asemenea dileme, considerând că viața este sacră şi, ca urmare, trebuie respectată şi apreciată la nivelul de calitate la care persoane respectivă, cu sau fără voie, circumscrie (Glover, 1988; Kuhse, 1987).

Există şi păreri care consideră calitatea vieții un concept important, chiar decisiv, în determinarea faptului dacă viața trebuie sau nu continuată (Harris, 1985), dar că nu este uşor de ales momentul în care acest lucru trebuie stabilit. Ce nivel de suferință ar reprezenta un argument pentru euthanasie?

• Veşmintele de catifea

Aranjamentele rituale au o semnificație deosebită şi, ca urmare, trebuiesc respectate în acord cu dorințele, datinile şi cultura funebră a zonei comunitare din care face parte persoană în cauză. Nu toate persoanele vor dori să discute propriile funerarii, care pot fi prea

dureroase şi pot provoca o decompresie emoţională. Pentru cei care doresc acest lucru, trebuie notate cu atenţie toate dorinţele lor. Religia va dicta multe din ritualurile care vor urma (unii vor să se cânte o anumită muzică, alţii vor un anumit poem pe cruce, vor să-şi doneze cuiva anume propria chitară, vor o coroană din anumite flori etc).

Capitolul II

Trauma pierderilor multiple şi supravieţuirea - o perspectivă psihologică şi interpersonală

Evenimente şi situaţii traumatizante. Reacţii de răspuns sau despre «neputinţa învăţată» la adulţi

Supravieţuitorii pierderilor multiple determinate de maladii (deocamdată) incurabile (cum ar fi SIDA), reuşesc să dobândească, desigur cu un preţ mult prea mare, adâncime sufletească şi sfâşiere lăuntrică. În limitele acestei experienţe dureroase se înscriu existenţe dintre cele mai diverse: bărbaţi şi femei, homosexuali şi prostituate, copii nevinovaţi, drogaţi şi cerşetori. Această introducere poate părea exagerată celor care provin din alte zone culturale sau de interes profesional şi care nu au avut răgazul implicării într-o astfel de activitate. Impactul perfidului virus HIV este, uneori, cu mult peste puterile noastre imaginative, iar istoriile şi experienţele persoanelor lovite de el grăiesc şi au ecou de netăgăduit (traume, dureri, tragedii).

Poate că ar fi fost potrivit să vorbim mult mai dramatic despre acest flagel, date fiind informaţiile şi descoperirile de până acum. Evident că până în momentul morţii, numărul pierderilor suferite este uneori enorm de mare. De aceea am considerat necesar, înainte de a aborda durerea morţii cauzată de această boală, să analizăm cohorta pierderilor suferite de o persoană afectată. Suma şi arhitectura efectelor pierderilor au un impact sinergic asupra

supravieţuitorilor, generând, printre alte lucruri, experienţa comună a supraîncărcărilor dureroase.

Varietatea caracteristicilor maladiei influenţează într-un sens unic experienţa supravieţuitorilor. Vârsta victimelor şi a supravieţuitorilor intensifică reacţiile la această experienţă. Suma semnelor şi a simptomelor clinice adunate laolaltă de acest virus ucigaş, starea de sănătate sinusoidală (bine/rău), precum şi moartea ca extensie a acesteia, distinge SIDA de alte boli terminale. Infecţiile oportuniste istovitoare, macabre şi rebele apar la aceste persoane, producând disperare şi groază. Etiologia bolii, combinată cu discriminarea aspră şi neînduplecată în societate, impactul simultan al pierderilor şi diminuarea sprijinului psihosocial, conferă o imagine sumbră şi descurajatoare. Un psiholog cu experienţă îndelungată în munca cu acest gen de pacienţi spune că „efectele traumatice ale pierderilor multiple sunt de obicei ignorate. Aceşti oameni au suferit traume şi prezintă simptome posttraumatice, dar care cu greu sunt recunoscute de cineva" (Tollfree, 1996).

În discuţiile despre pierderile multiple determinate de această boală, durerea şi suferinţa ocupă, de departe, cel mai important loc. Potenţialul psihotraumatizant este mai puţin evident. În diverse cărţi, articole ştiinţifice, seminarii pe această temă, trauma psihică este rareori menţionată în legătură cu supravieţuitorii multiplelor pierderi. Cu toate acestea, ea iese la iveală în experienţa celor ce suportă astfel de pierderi multiple. În limbajul comun, conceptul de traumă prezintă conotaţiile unei experienţe dureroase sau chiar şocante. Un număr de **experienţe negative**, incluzând moartea, pierderea slujbei, pierderea unor relaţii speciale, pot fi considerate traumatice în contextul acestei definiţii. Într-adevăr, termenul traumă este foarte des folosit, ceea ce trimite cu gândul la faptul că este foarte bine cunoscut. Folosirea hazardată a acestui termen diluează sensul autentic şi, uneori, el este folosit în mod inadecvat.

Evenimentul traumatic depăşeşte nivelul de normalitate al experienţei umane. DSM-IV (Asociaţia Psihiatrică Americană, 1994) defineşte trauma ca o confruntare cu un eveniment care implică sau

amenință cu moartea sau lezări serioase, sau o amenințare a integrității fizice a individului însuși sau a altora. Perspectiva tradiționalistă include în rândul evenimentelor traumatice războiul, violența și dezastrele. Experiența traumatică produce individului traumatizat tulburări persistente. Dintr-o perspectivă psihologică, moartea – ca eveniment normal și așteptat - nu este considerată un eveniment traumatic. Chiar atunci când un deces pare îngrozitor, ca moartea unui copil sau soț, el nu este un eveniment traumatic, în contextul definiției psihologice a traumei. Persoana care suferă o asemenea pierdere va experimenta cu siguranță durerea, și nu trauma.

Fenomenul pierderilor multiple legate de boala incurabilă este relativ nou. Decesele sunt tragice, dar nu traumatice. Experiența multiplelor pierderi în cazul SIDA este legată mai mult de grupuri populaționale blamate de societate (homosexuali, consumatori de drog, prostituate etc.). Atenția acordată impactului traumatic asupra acestor grupuri este minimalizată sau ignorată. Deocamdată, nu există criterii diagnostice verificate în cazul pierderilor multiple provocate de maladia incurabilă. Noutatea domeniului, unicitatea experiențelor și diversitatea cazuisticii determină ca aceste criterii să fie imposibil de stabilit. Stresul traumatic secundar apare la mulți supraviețuitori, în special îngrijitori, dar reprezintă o noutate pentru preocupările științifice.

Experiența traumatică individuală a supraviețuitorilor este variabilă și aceste variabile influențează intensitatea traumatizării. Evenimentele traumatice de viață cauzează reacții identice (Janoff-Bulman, 1985: 16). Experiențele psihologice comune, la nivelul unei varietăți de victime, permit separarea traumei de propriile efecte. Comportamentele ulterioare și reacțiile emoționale traumatice sunt adesea primul indicator al prezenței traumei (Figley, 1985). Evenimentul traumatic depășește normele existenței umane.

Caracteristicile evenimentului traumatic în sine și everitatea agenților stresori sunt extrem de importante (van Del Kolk, 1989). Durata, potențialul recurent și controlul asupra impactului sunt factori care determină magnitudinea traumei. Expunerea la situații grotești

tinde să fie mult mai traumatizantă (Green, 1993). Spre exemplu, imaginea unei persoane cu sarcom Kaposi poate fi o imagine de neuitat. Contextul în care apare trauma, şansa refacerii şi disponibilitatea suportului social sunt factori determinanţi în înţelegerea impactului cauzat de efectul traumatic. „Fără un răspuns plin de compasiune din partea altora, victima este izolată în deşertul traumei şi, astfel, poate deveni pe mai departe traumatizată" (Jay, 1994: 31). Experienţa traumatică este copleşitoare pentru individ şi provoacă răni interioare dureroase. În această situaţie, controlul este crucial. Evenimentele şi contextele sociale trebuie controlate într-o manieră utilă. **Este necesară adaptarea flexibilă la evenimente şi contexte**. Cei care se adaptează supravieţuiesc, cei care nu o fac, nu pot supravieţui. **Supravieţuitorii pierderilor continue şi multiple se află într-un proces justificat de adaptare.**

Elementul cognitiv joacă un rol vital în acest proces, **iar supravieţuitorii care reuşesc să raţionalizeze suferinţa obţin un control al situaţiei**. Este un adevărat şi dureros exerciţiu psihologic. Ultima dintre **libertăţile** umane este abilitatea de **a schimba atitudinile în funcţie de circumstanţe.** Supravieţuitorii pierderilor multiple tind să perceapă situaţia mai degrabă ca fiind necontrolabilă şi, în consecinţă, să generalizeze această percepţie la toate sectoarele vieţii. Răspunsurile individuale faţă de traumă variază şi trebuie înţelese în termenii fiecărei victime implicate.

În cazul acestor bolnavi, ca şi în cel al supravieţuitorilor Holocaustului, s-a observat o **diversitate similară de răspunsuri faţă de pierderile suferite**. Supravieţuitorii nu sunt grupuri omogene, ci heterogene. Preexistenţa mecanismelor defensive, deprinderile de supravieţuire, personalitatea şi resursele existente influenţează consecinţele evenimentului traumatic. Un rol esenţial îl joacă suportul social, atât sub aspectul său cantitativ, cât şi cel calitativ Evenimentul traumatic are un impact propriu asupra **viziunii individului despre viaţă**. Nu numai lumea externă este ameninţătoare, ci şi cea internă, creând o doză dublă de anxietate.

O varietate de **factori influențează înțelegerea situațiilor traumatizante** cu care se confruntă supraviețuitorii multiplelor pierderi. Este interesant de aflat cum cantitatea pierderilor influențează experiența traumatică. Un supraviețuitor cu pierderi multiple pierde relațiile interpersonale, încrederea în ceilalți și se poate izola în suferință. Magnitudinea pierderilor influențează în mod direct magnitudinea impactului. Numărul deceselor al căror martor a fost este un factor care mărește potențialul traumatizării. „personalitatea se modifică la supraviețuitorii experiențelor traumatice în funcție de factorii cantitativi" (Niederland, 1971: 7). Pe lângă factorii cantitativi, un rol important în dimensiunea și magnitudinea experienței traumatice îl joacă factori calitativi. Incertitudinea și anxietatea măresc numărul problemelor de sănătate, reacțiile de teamă, frică, tristețe au consecințe la nivel fiziologic.

Traumatizarea fizică poate implica o serie de evenimente aflate la diferite nivele de acțiune. Impactul mai multor evenimente mărește numărul consecințelor pe care pierderile multiple le au asupra personalității umane. În timp ce un prieten moare altul este spitalizat, în timp ce unul este dus la ospiciu altul se simte bine, în timp ce memoria unuia este dată uitării altul a fost testat HIV pozitiv. Nici un alt eveniment traumatic nu depășește în intensitate momentul în care o persoană află că este seropozitivă. Procesul traumatic continuă zile și săptămâni la niveluri mult prea mari.

La aceasta se adaugă **experiența unei morți premature**. În cazul tinerilor, moartea prematură este inacceptabilă. Există două modalități distincte în care comunitatea influențează efectul traumatic asupra indivizilor. În primul rând comunitatea însăși este traumatizată, efectul colectiv va însuma trauma, iar suportul social va scădea. În al doilea rând maniera în care comunitatea răspunde include atitudinea față de supraviețuitori: acordarea de suport sau respingerea acestora. **Rețelele de suport social** joacă un rol important în situația catastrofelor, ca și în rezolvarea diferitelor traume. Comunitatea poate ajută supraviețuitorul să găsească un sens în viață și să redobândească bunăstarea psihologică.

O comunitate ca întreg nu este uniform traumatizată, o comunitate ca întreg poate acorda ajutor supravieţuitorilor. **Lipsa suportului social sau reacţiile de antipatie măresc în intensitate procesul traumatic**. În cazul supravieţuitorilor Holocaustului, aceste sentimente au luat forma unei conspiraţii a tăcerii. Comunităţile de homosexuali din SUA, Canada şi vestul Europei şi-au pierdut multe modele, eroi şi lideri la nivel cultural, politic şi social. Severitatea stresului, ca şi influenţa factorilor calitativi şi cantitativi afectează în mod direct nivelul traumei. O persoană care şi-a pierdut câţiva prieteni va avea o experienţă mult mai profundă a procesului suferinţei. Pierderea soţiei sau a copilului este mult mai dureroasă.

Numărul deceselor la care un individ poate asista variază considerabil. În cazul **personalului medical, numărul de decese la care asistă poate fi enorm**. Experienţele anterioare de acest gen **măresc vulnerabilitatea**, mai ales dacă trauma rămâne nerezolvată.

Fiecare individ are capacitatea de a-şi face noi prieteni şi abilitatea de a face faţă mai multor pierderi. Perspectiva victimizării cronice determină un sens profund şi endemic al neajutorării. Victimele traumei se percep adesea ca fiind neputincioase şi neajutorate. Minorităţile comunitare se simt adesea izolate (homosexualii au apărut într-o societate care la început i-a condamnat, blamat şi rejectat). Aceasta poate determina o **cultură a victimizării** (Bridgewater, 1992). O asemenea combinaţie de situaţii poate induce un sentiment cronic de neajutorare şi lipsă de speranţă.

Sănătatea fizică poate fi o resursă deja pierdută a supravieţuitorului. **Reacţiile stresante secundare sunt prezente mai ales la supravieţuitorii martori la multiple pierderi, cum sunt cadrele medicale, voluntarii şi specialiştii din domenii specifice bolilor terminale**. „Profesioniştii care ascultă poveştile clienţilor lor despre frică, durere sau suferinţă, pot simţi, în mod similar, frică, durere şi suferinţă” (Figley, 1995: 1).

Traumatizarea copiilor s-a dovedit a fi contagioasă, aceştia traumatizând la rândul lor alţi copii, cu care se joacă (Eth&Pynoos, 1985).

Evenimentul traumatic conduce la anticiparea de către supravieţuitor a propriei morţi. Acest proces are o dinamică externă, internă şi circulară pentru supravieţuitor. Externă, pentru că impactul este resimţit din exterior în viaţa sa; internă pentru că psihicul supravieţuitorului este «impregnat» de moarte; circulară, pentru că perspectiva morţii este proiectată şi absorbită. «Impregnarea» morţii are loc ca un rezultat al pierderilor multiple şi cumulative.

Supravieţuitorii trăiesc într-un mediu marcat permanent de moarte. Ei vorbesc în mod regulat despre schimbările de personalitate pe care le observă la ei înşişi: *„Personalitatea mea s-a schimbat la 180 de grade. Nu mai sunt aceeaşi persoană care obişnuiam să fiu. Nu mai spun glume, nu mă mai bucur... Obişnuiam să râd."* Bucuria şi exuberanţa sunt înlocuite de sobrietate şi seriozitate. Majoritatea îşi pierd încrederea în ceilalţi. Acest fenomen este cu atât mai frecvent în cazul homosexualilor, a căror istorie este presărată de abandon. Supravieţuitorii multiplelor pierderi se simt neajutoraţi în mai toate sectoarele vieţii. Se consideră **neputincioşi** în a preveni moartea celor dragi, neputincioşi în a elimina durerea, în a preveni pierderile şi neputincioşi în a rezolva diverse probleme. Manifestările acestei neputinţe pot conduce la **reacţii depresive, modificări ale echilibrului emoţional, răspunsuri inadecvate şi apatie**.

Acest sindrom de neajutorare este relevant şi util în înţelegerea efectelor traumatice ale pierderilor multiple legate de maladia incurabilă. Martin Seligman considera că **neajutorarea reprezintă o stare psihologică care apare frecvent atunci când evenimentele sunt necontrolabile**. „Când o persoană sau animal a învăţat că efectul este independent de răspuns, aşteptarea că răspunsul ar putea produce efectul scade; de aceea iniţierea răspunsului se diminuează" (1975: 49). Mai târziu, chiar atunci când persoana răspunde cu succes şi obţine o ameliorare a durerii, are totuşi probleme „în a învăţa, a percepe şi a crede că răspunsul într-adevăr funcţionează" *(idem, p. 23)*. Motivaţia de a iniţia noi răspunsuri este foarte scăzută, iar depresia şi anxietatea predomină. Trebuie să

se ia anumite precauţii atunci când aplicăm această teorie la pierderile multiple legate de maladia incurabilă.

Teoria neputinţei învăţate a fost adesea „suprafolosită şi aplicată în mod inadecvat" la situaţii care „nu au nici o legătură cu acest concept" (Peterson, Maier, Seligman, 1993: 9). Este nevoie să existe trei componente esenţiale: situaţie de eventualitate, cogniţie şi comportament. Cea mai importantă caracteristică - a eventualităţii - este dată de incontrolabilitate. Neputinţa învăţată apare în mijlocul evenimentelor incontrolabile. Evenimentele traumatizante pot produce răspunsuri nedorite, inclusiv pasivitate, dar celelalte două componente, care sunt variabile, apar de asemenea în exemplele reale de neputinţă învăţată. Cogniţia se referă la modalitatea în care persoană percepe, explică şi extrapolează întâmplarea. „Numai dacă persoana crede că evenimentele sunt incontrolabile apare neajutorarea *(idem, p. 229).* Comportamentul se referă la consecinţe observabile faţă de întâmplare şi faţă de cogniţia persoanei faţă de aceasta.

Persoana devine incapabilă să iniţieze orice fel de acţiuni care să determine obţinerea controlului asupra situaţiei. Legat de aceasta pot apărea alte consecinţe, determinate de aşteptările individului că viitorul va aduce alte neputinţe, inclusiv „retardare cognitivă, scăderea stimei de sine, tristeţe, pierderea agresivităţii, modificări imunitare şi, în ultimul rând, boală psihică" *(idem, p. 8).* Pentru supravieţuitorii maladiei incurabile contează mai puţin ce pot ei face; pierderile continuă într-o dilatare mult prea mare. Teoria clasică a învăţării afirmă că răspunsurile voluntare care sunt recompensate vor tinde la repetare, iar cele pedepsite vor descreşte. Pentru supravieţuitorii multiplelor pierderi **neputinţa devine o modalitate de a-şi conserva energia**. Victimizarea, blamarea de sine şi discriminarea sunt realităţi contemporane frecvent întâlnite la aceştia. Atunci când un individ şi-a dezvoltat o schemă de neajutorare prin care încearcă să-şi explice situaţia, probabil că ulterior va ignora informaţiile care o contrazic. **Tendinţa spre neajutorare este autoperpetuată** (Ingram, 1986). Circumstanţele preexistente oferă un teren fertil pentru ca seminţele neajutorării să încolţească şi să crească mari.

Când realitatea acestei neajutorări este generalizată în mod nejustificat, elementul cognitiv al acestei neajutorări se activează. „Natura exactă a acestor cogniţii este neclară" (Peterson et al., 1993: 229), dar ele sunt evidente în atitudini şi comportamente. **Supravieţuitorii pierderilor multiple se simt devastaţi de neputinţa lor de a controla pierderile viitoare.** Durerea acumulată în timpul pierderilor continue este acutizată de către neajutorare, aceasta fiind calea către diminuarea motivaţiei pentru a trăi.

Există două sfere ale motivaţiei care sunt afectate în mod advers de neputinţa învăţată, la supravieţuitorii pierderilor multiple: **motivaţia de a răspunde la pierderi adiţionale şi motivaţia de a-şi influenţa proactiv propria viaţă.**

Profesioniştii ce lucrează cu supravieţuitorii vor întâlni acest tip de pattern confuz şi frustrant. Aparenţii paşi către depăşirea traumei şi durerii sunt urmaţi de o **neputinţă reînnoită.** Supravieţuitorul care nu este atenţionat în legătură cu raţionamentul psihodinamic implicat în aceste răspunsuri inexplicabile poate deveni frustrat şi-şi poate pierde motivaţia de a mai continua să lucreze pentru depăşirea necesară a durerii. Este implicată o a doua dinamică descurajantă. Spre deosebire de cei care ies din pericolul fizic experimentând şi obţinând astfel o scădere a durerii, **este probabil ca, temporar şi periodic, supravieţuitorii pierderilor multiple să simtă mai multă durere. Este nevoie să se lucreze cu pierderile nerezolvate, iar amintirile dureroase trebuiesc recapitulate în condiţii de controlabilitate cognitivă.** Inevitabilitatea durerii, ca parte a răspunsului adaptativ, împiedică supravieţuitorii să spargă patternul de neputinţă învăţată, printr-un răspuns care să conducă la supravieţuirea după pierderea suferită. Supravieţuitorii din opera lui Camus erau atât de „îmbuibaţi de scepticism încât această devenise o a doua natură. Erau alergici la orice formă de speranţă" („Ciuma", 1948: 244). Krystal se referea la „frica de visuri" pe care o atribuia „analizei post-traumatice a conştientului prin care se recunosc părţile Sinelui" (1981: 182). Supravieţuitorii devin alienaţi faţă de propriile emoţii şi speranţe, datorită durerii care este asociată acestora.

Un supravieţuitor spunea: *„Îmi este frică să sper. Doare mult prea tare. Ştiu că sună nebuneşte, dar de fiecare dată când îmi permit să sper, sfârşesc prin a fi rănit de asta”.* Supravieţuitorii nu reacţionează doar prin neputinţă, ci şi prin alte tipuri de răspunsuri, ce implică şi celelalte componente cognitive şi comportamentale. Poate apărea un **conservatorism psihologic** adânc înrădăcinat. De exemplu, supravieţuitorii unui dezastru comunitar ar putea dezvolta un comportament de evitare a unor astfel de situaţii. Acest tip de adaptare conduce supravieţuitorul mai degrabă spre existenţă decât spre viaţă. Conservatorismul psihologic acceptă supravieţuirea ca un ţel unic în viaţă. Este ca un târg: **individul accepta lipsa de speranţă prezentă, pentru a preveni neajutorarea viitoare**, ca şi cum ar spune: *„mai bine să trăieşti fără speranţă decât să nu trăieşti deloc”.* Conservatorismul psihologic funcţionează chiar dacă dezastrul se va întâmpla mâine şi va distruge în mod absolut tot viitorul individului. Existenţa sub forma unui neputincios într-o lume suferindă va conduce la reacţii depresive. Cauza depresiei se regăseşte în credinţa că totul este inutil.

Depresia nu înseamnă pesimism generalizat, ci **conştientizarea neajutorării**. Teama difuză prezentă la supravieţuitori este parţial explicată prin **neputinţa învăţată**. Simptomele traumatice includ în mod tipic evitarea gândurilor şi sentimentelor legate de evenimentul traumatic, printr-o „îngheţare emoţională”, retragere din activităţi şi relaţii şi planificarea viitorului. Apar coşmaruri, flash-uri din memorie şi anxietăţi. **Îngheţarea emoţională** se referă la un răspuns tipic faţă de dezastru (Lifton & Olson, 1976: 299). Ea înseamnă diminuarea capacităţii de a simţi, incapacitatea de a plânge şi de a empatiza cu cei aflaţi în suferinţă. Unii sunt şocaţi de felul în care se simt, descriindu-se ca fiind reci şi insensibili. *„Prietenul meu a murit acum un an şi eu nu am putut să plâng. Poţi să crezi asta? Prietenul meu a murit şi eu nu am vărsat o lacrimă!”* Diminuarea capacităţii de a simţi, specifică unui psihic împietrit, se manifestă într-o mulţime de moduri. Îngrijitorii pot arăta cinism, insensibilitate sau reacţii dezumanizante. Krystal consideră că „supravieţuitorul trebuie să menţină bariere psihice împotriva ambivalenţei, îndoielilor,

vinovăției și furiei. Rezultă o constrângere larg răspândită a fanteziei" (1981: 185). Sentimentele de fericire, bucurie și spontaneitate sunt blocate. *„Am devenit prea serios și mi-am pierdut creativitatea și spontaneitatea"*. În mod frecvent apare retragerea din variate forme de viață socială și frica de a nu fi rejectat.

Singura modalitate de a evita durerea unei pierderi viitoare este aceea de a evita contactul cu cei care vor muri. Unii autori consideră că eforturile de a înfrânge trauma prin evitarea experiențelor negative sunt **ineficiente** (Kaminer & Lavie, 1993). Un supraviețuitor care și-a pierdut partenera de viață și cel mai bun prieten a spus: *„Mă așteptam ca eu să mor înaintea lor. Acum nu mai știu ce să fac. Stau în apartamentul meu întunecat și aștept să mor"*. Este vizibilă pierderea motivației pentru viață. Atunci când capacitatea de exprimare emoțională se păstrează, supraviețuitorul multiplelor pierderi tinde să se exprime **labil** și **exploziv**. Izbucniri de **teamă** și **mânie** sunt comune (Houseman & Pheifer, 1988). Aceste izbucniri se îndreaptă de regulă împotriva tuturor persoanelor, evenimentelor și situațiilor. Observații similare a făcut și Horowitz (1985). În mod frecvent, ura și mânia difuză sunt îndreptate împotriva îngrijitorilor (Lloyd, 1992), în special către cei apropiați.

Obsesiile reprezintă un alt simptom comun asociat cu răspunsul la diverse traume. Apar vise repetate, ce conțin diverse orori și spaime legate de boli, dramă și situații tragice. Un alt comportament observat la unii supraviețuitori ai evenimentelor traumatice îl reprezintă **reexpunerea la traumă** (Horowitz, 1976; van der Kolk, 1989). Acest comportament a fost observat mai ales la homosexualii și lesbienele care au suferit pierderi legate de maladia incurabilă și care mai apoi, din dorința de a lupta împotriva acesteia, s-au angajat în acte voluntare de îngrijire a altor persoane lovite de această boală. Probabil că o asemenea expunere voluntară la traume conferă impresia unui control asupra situației. Unii autori nu se sfiesc să vorbească de o expunere masochistă la traume. Implicarea voluntară permite și îndeplinirea unor funcții esențiale pentru supraviețuitor. Acestea

includ: găsirea unui înţeles al tragediei, un control modic într-o situaţie de lipsă de putere, un răspuns empatic uman.

O altă caracteristică observată la supravieţuitorii multiplelor pierderi legate de SIDA o reprezintă **pasivitatea cronică combinată cu tendinţa de izolare** (van der Kolk, 1989: 14). „Experienţa oricărei traume transformă pe oricine într-un străin în lumea în care trăieşte, împins într-un exil unde legătura cu ceilalţi este imposibilă, unde amintirile nu se împărtăşesc” (Jay, 1994: 34). Uneori, aceste tendinţe sunt mascate prin abuz de substanţe chimice, conduite de autodistrugere, pierderea intimităţii, răceală emoţională, tulburări de personalitate. „Persoanele care se fixează pe un nivel de neajutorare şi pierdere a controlului prezintă riscul să sfârşească într-un aşezământ de sănătate mentală, unde vor primi o varietate de diagnostice psihiatrice” (van der Kolk, 1989: 22). **Nu de puţine ori supravieţuitorii pierderilor multiple sfârşesc prin a avea tulburări de personalitate serioase.** Uneori chiar şi psihoterapia este ineficientă. Programul paradigmatic va cuprinde istoria traumei şi efectele acesteia: culpabilizare, depresie, neputinţă, nefericire, tristeţe, furie etc.

Tipuri de pierderi şi consecinţe

Pierderile pe care o persoană le experimentează au consecinţe traumatice: demoralizare, probleme de somn, probleme psihologice etc. Durerea creşte în complexitate, suferinţa rămâne nerezolvată, reacţiile şi pierderile îndurate se agravează. Uneori, pierderile sunt privite ca fiind mult mai mult decât evenimentele produse de moarte. Moartea reprezintă pierderea centrală, din care izvorăsc ameninţările şi realitatea tuturor celorlalte pierderi. Moartea este prezentă la toate nivelurile pierderii (Rando, 1984), dar un unic şi original ciorchine de pierderi se multiplică vertiginos. Acest set de pierderi este mult mai mult decât pierderea cuiva sau a ceva anume. Este colectiv ca şi individual, global ca şi personal.

• Cercul concentric al pierderilor multiple

În **cercul concentric al pierderilor suferite**, familia apropiată şi legăturile intime sunt în centrul cercului şi pot include un soţ, cel mai bun prieten sau un copil. Următoarea încrengătură poate include câteva persoane faţă de care există sentimente puternice: părinţi, fraţi, prieteni. Urmează un cerc care variază considerabil în mărime şi compoziţie şi poate include prieteni, membri ai familiei şi colegi. Următorul set de relaţionări cuprinde un număr vast de cunoscuţi, colegi de serviciu şi de afaceri, parteneri sexuali şi diverse persoane cu care se stabilesc relaţii sociale. Cercul final include un număr variat de persoane importante cu care se păstrează relaţii relative şi fără regularitate. Poziţia diferitelor persoane în interiorul acestor cercuri concentrice variază în funcţie de persoana pentru care se stabileşte cercul relaţionărilor.

Cercurile relaţionărilor prezintă o deosebită importanţă pentru înţelegerea experienţei supravieţuitorilor cu multiple pierderi legate de SIDA. Un supravieţuitor poate avea nevoie să se adapteze la pierderi produse la toate nivelurile de relaţionare, de la relaţiile apropiate şi până la cele mai îndepărtate.

Orice deces serveşte ca un memento cronic al pierderilor anterioare şi provoacă sentimente de alienare şi separare. Pierderea relaţiilor apropiate provoacă multe dureri şi rupturi sufleteşti de proporţii uriaşe. Intensitatea pierderii creşte pe măsură ce ne apropiem de centrul cercurilor relaţionărilor stabilite. Supravieţuitorii îşi pot pierde cei mai apropiaţi membri ai familiei, soţul sau soţia, etc. (Parkes, 1972). Părinţii care-şi pierd copiii experimentează o suferinţă de o intensitate particulară. Există şi situaţii în care copiii se confruntă cu pierderea părinţilor. Sentimentele care-i încearcă fără milă pe aceşti copii sunt sfâşietoare şi greu de îndurat.

• Pierderea istoriei personale şi a viitorului

Relaţiile cu oamenii reprezintă o parte crucială în istoria individuală. Viaţa este marcată de aduceri aminte şi relaţii sociale. Moartea persoanelor cu care un individ şi-a împărtăşit viaţa reprezintă o pierdere a istoriei personale. Un supravieţuitor care şi-a

pierdut toţi prietenii a spus: „*Dacă viaţa mea este o carte, nimeni dintre cei pe care i-am cunoscut nu reprezintă mai mult de o pagină din ea*". Amintirile reprezintă o posibilitate ca bucuriile anterioare să fie revalorificate şi să fie luate drept evenimente deosebite. Pentru mulţi supravieţuitori ai pierderilor multiple, valoarea amintirilor este observată atunci când între retrăirea acestora şi realitate s-a impus o prăpastie de netrecut.

Aducerile aminte întăresc abilitatea individului supravieţuitor de a integra armonios în interiorul personalităţii sale tot ceea ce înseamnă experienţă de viaţă, cu bune şi rele, cu fapte comice şi evenimente tragice, cu bucurii şi drame.

O grămadă de planuri de viitor şi de speranţe sunt devastate de către SIDA, cancer, paraplegii, hemodializă, scleroză în plăci, accidente cu urmări grave etc. Câteva dintre cele mai de seamă aşteptări ale fiinţei umane sunt nedeterminate. Supravieţuitorii sunt de asemenea confruntaţi cu conştiinţa faptului că un uriaş conglomerat de viitor potenţial este aruncat vertiginos şi pentru totdeauna în pântecul marelui Hades, fără de speranţe şi fără de miracole. Pierderea viselor şi capacităţii de a mai visa reprezintă o caracteristică a celor care mai au nevoie de speranţe privitoare la vindecare şi refacere a trupului.

Visele normale ale părinţilor, familiilor, iubiţilor, soţilor şi soţiilor, prietenilor şi comunităţilor sunt zdrobite de multitudinea de pierderi cauzate de unele maladii incurabile. Nu este de mirare nivelul ridicat de anxietate observat la supravieţuitorii pierderilor multiple (Viney, Henry, Walker & Crooks, 1992). Părinţii pierd continuitatea generaţională întruchipată în copiii lor, speranţa de a avea nepoţi şi a primi sprijin la bătrâneţe. Într-o viaţă plină de pierderi la care se mai adaugă şi stigmatizarea (vezi cazul homosexualilor), eşafodajul personalităţii poate fi puternic zdruncinat, iar cutremurele discriminărilor sociale pot determina prăbuşiri ireversibile.

Homosexualii expuşi la riscul de infecţie HIV, şi nu numai ei, au din această cauză, un nivel ridicat al demoralizării, dezamăgirilor şi discontinuităţii (Dean et al., 1988). Pierderea viitorului poate însemna

adesea şi pierderea prezentului. Un om fără viitor îşi relativizează existenţa până într-acolo încât ajunge să-şi blesteme chiar şi ziua naşterii sale. Regretele sunt amarnice şi fără de folos. Totul se sfârşeşte odată cu pierderea viitorului şi a speranţelor.

• **Pierderea securităţii psihosociale**

Supravieţuitorii unor pierderi recente trăiesc într-o lume a instabilităţii şi vulnerabilităţii. Un pătrunzător sens al deşertăciunii, neputinţei şi dispariţiei s-a găsit la majoritatea supravieţuitorilor din studiul lui Shrader (1992).

Atunci când pierzi totul şi deci nu mai ai de făcut nimic şi nici de sperat, poate doar să rămână convingerea că totul a fost o înscenare. Supravieţuitorii acestei pierderi experimentează insatisfacţie, nesiguranţă, dezamăgire şi constrângere în redefinirea valorilor pe care încă le mai au (Colburn & Malena, 1988; Carmack, 1992). Simţindu-se ca neaparţinând nimănui, toţi aceşti nefericiţi ai maladiilor cu destin macabru rămân încremeniţi în uimire, disperare şi dezastru.

• **Pierderea tonusului emoţional şi a bunăstării**

Pierderea capacităţii de a simţi întregul spectru al emoţiilor este una dintre cele mai importante, consistente şi persistente experienţe ale supravieţuitorilor, dintre care unul a exclamat: *„N-o să mă mai las niciodată să simt nimic. Este mult prea dureros”.* Înfrânarea emoţională este o alegere conştientă, dar intenţia de a te feri doar de emoţiile disconfortante este zadarnică. Nimeni nu poate alege să se simtă doar fericit sau doar bucuros.

„Împrejmuirea” sentimentelor limitează capacitatea de a-i simţi pe ceilalţi. Baricadarea în lipsă de simţire înseamnă crearea de temelii pentru împietrire, decizii izvorâte din gândirea magică a regresiilor copilăreşti şi a neputinţei în faţa unui colos ucigător şi viclean în strategii. Aşadar, **bunăstarea emoţională a supravieţuitorilor pierderilor este grav afectată**. Varietatea consecinţelor dezastruoase este demnă de reţinut. Supravieţuitorii pierderilor multiple sunt înclinaţi spre anxietate, depresie, ideaţie

suicidară, supărare cronică, culpabilizări severe, iritabilitate, indispoziţii, capricii, stări sufleteşti mohorâte, nervozitate, abuz de drog şi alcool, perturbări în somn, evitare, izolare, retrageri şi comportamente auto-distructive. Durerea şi trauma sunt resimţite cu aceeaşi frecvenţă în fiecare zi.

• **Pierderea speranţei**

Pierderea speranţei poate fi cea mai sinistră şi chinuitoare dintre multiplele şi zdrobitoarele pierderi. Shrader (1992) observă sentimente de disperare, neputinţă şi dispariţie la supravieţuitorii unor maladii încă incurabile, iar Dean şi colab. (1988) notează faptul că ei exprimă dezamăgire şi demoralizare. Experienţa noastră clinică poate confirma observaţiile acestor cercetători de prestigiu. Privind la viitor, rareori supravieţuitorii visează la remediu sau vindecare.

Alte cercetări indică o adâncire a pierderii speranţei atunci când se discută despre leacul care nu există. Repetatul *„cures du jour"* zdrobeşte orice speranţă şi provoacă un cinism indestructibil. Anxietatea se suprapune peste punctul final al existenţei, trăindu-se cu anticipaţie toate alternativele posibile. O parte a acestor supravieţuitori vorbesc despre experienţa unei **creşteri personale şi spirituale datorate acestei încercări triste şi plină de dezamăgire**. Şi totuşi majoritatea se întreabă: «*Speranţă - pentru ce? Tratament vindecător nu există, boala se dezvoltă prin învăluire, prietenii te părăsesc, nimeni nu te înţelege, neputinţa te copleşeşte, iar iubita se îndepărtează încet, încet... Pentru ce să mai trăiesc?*»

Totul este pierdut, orice sâmbure de speranţă este zadarnic, dezamăgiri peste dezamăgiri şi neputinţă după neputinţă. Uneori pare cinism veritabil orice tentativă de a sta de vorbă pe marginea speranţei.

Poate că dumneavoastră, lectorii acestei cărţi, veţi putea găsi în cinstea şi corectitudinea gândurilor dumneavoastră un răspuns onorabil şi care poate fi mărturisit şi altora. Iar dacă nu este aşa şi, deci, nu veţi avea răspuns, sunteţi invitaţi să rămâneţi o clipă tăcuţi şi să meditaţi... Încercaţi să plângeţi, să reflectaţi şi să lăsaţi să se întâmple ceva în sufletul dumneavoastră. Doar gândiţi-vă la aşa ceva şi vă

asigurăm că după aceea veți putea dobândi o cu totul altă viziune și o cu totul altă perspectivă asupra vieții de zi cu zi.

Merită încercarea, întrucât nu toți suntem chemați să gândim sau să ne familiarizăm cu asemenea fapte tragice de viață și puțini sunt cei care știu să prețuiască speranța în zile, luni și ani mai buni decât cei de ieri și cei de alaltăieri.

• Pierderea interesului pentru viață

Pierderea plăcerii (ahedonia) pentru activități care invită realmente la plăcere este o caracteristică frecvent notată de către cercetătorii care se ostenesc în a surprinde cât mai fidel psihologia persoanei infectată cu virusul HIV. Această caracteristică se observă mai ales în primele stadii ale răspunsului la multiplele pierderi. Întrebarea pe care frecvent o poți auzi la aceștia este: *„Care va fi finalul?"*. Cineva care și-a pierdut partenera de viață și aproape toți prietenii, descrie viața sa în următorii termeni: *„Obișnuiam să fiu inima petrecerilor. Mergeam prin cameră și radiam. Mă bucuram și binedispuneam pe oricine venea la noi. Acum, nu înțeleg de ce nimeni nu mai vrea să stea în preajma mea. Sunt depresiv. Întreaga mea personalitate s-a schimbat. Obișnuiam să râd. Nu cred că voi mai putea să fiu fericit vreodată"*. Dezinteresul pentru viață se leagă de pierderea speranței, a viitorului, a securității personale, a vibrației.

• Pierderea stimei de sine

Prin asociere, stima de sine a supraviețuitorilor maladiilor incurabile este influențată negativ, mergând până la dispariție. În același mod, logica internă care conduce victimele la blamul de sine este strâns legată de multiplele pierderi, care tind să conducă persoana infectată la credința că ceva în interiorul personalității sale este defect, pătat și fisurat (în special în cazul celor infectați cu HIV din cadrul comunităților de homosexuali, stigmatizarea produsă este dublă).

Această pierdere a stimei de sine se transformă în absolutizare atunci când statutului de persoană seropozitivă i se adaugă și atitudini homofobice cu un caracter pronunțat de sfidător (Lima, Lo Presto, Sherman & Sobelman, 1993). La ce duce pierderea stimei de sine?

Nimic mai simplu: la imposibilitatea de a-ţi iubi aproapele ca pe tine însuţi, la goliciune şi sălbăticie lăuntrică, la gesturi şi porniri primare, la nepăsare şi la multe alte pierderi.

Nimic mai înjositor decât o pierdere a stimei de sine. Nimic mai greu de recuperat decât pierderea stimei de sine. *„Şi la ce bun păstrarea stimei de sine când eşti infectat cu HIV? Doar nimic nu te mai aşteaptă, decât o moarte inevitabilă şi anunţată cu cinism. Ponte că în felul acesta te vei simţi cinstit şi straniu de senin în singurătatea propriilor confesiuni şi mărturisiri".*

• Pierderea rolurilor sociale

Supravieţuitorii decesului îşi pierd rolurile în relaţiile cu ceilalţi. Părinţii se opresc din a fi părinţi atunci când copii lor mor; partenerii de viaţă se opresc din a mai fi parteneri de viaţă atunci când moartea le-a smuls cealaltă parte; prieteni încetează din a mai fi prieteni atunci când celălalt moare. Ei au ocupat diverse roluri în viaţa celor decedaţi. Acestea sunt pierdute în întregime sau metamorfozate mai apoi. Un rol pierdut în mare măsură sau ignorat echivalează practic cu pierderea rolului de sprijin. Mulţi supravieţuitori ai multiplelor pierderi se devotează îngrijirii altor persoane aflate în dificultate.

Un supravieţuitor se denumea, mai în glumă, mai în serios, ca fiind un „îngrijitor profesionist". Când rolul se sfârşeşte prin moartea celui căruia i-au slujit, supravieţuitorii raportează un sentiment de goliciune şi lipsă interioară: *„Ce voi face de acum înainte? Mă paşte pericolul inutilităţii şi al lipsei de scop în viaţă".* Într-adevăr, această pierdere poate echivala, în mod paradoxal, cu pierderea unui loc de munca sau a unei slujbe pe care o făceai cu deosebită satisfacţie şi mulţumire de sine. Şi această pierdere macină, picătură cu picătură, temelia fiinţei umane: personalitatea. Iar pierderile nu se opresc aici.

• Pierderea înţelesurilor, sensurilor şi aşteptărilor

Cu fiecare pierdere suferită, fiecare supravieţuitor îşi măreşte din nefericire paleta dubiilor şi a îndoielilor, fundamentându-şi în felul acesta o nouă pierdere existenţială: înţelesurile, sensurile şi

așteptările. Această criză spirituală este de neevitat și provoacă un șir nelimitat de opțiuni. Lupta cu întrebări dintre cele mai stranii este epuizantă și nesfârșită. Nu poate fi evitată. De data aceasta, în istoria umanității, răul învinge, iar prada este încununarea creației divine: omul. Zmeul fură merele de aur fără ca, până în prezent, să se poată găsi un ac și de cojocul acestuia. Ce poate fi mai de nedorit decât o existentă fără înțelesuri și fără sensuri? Pentru ce trăiești?

Goana după măcar un sâmbure de speranță este deșertăciune cu atât mai mare cu cât, între cele patru colțuri ale lumii, până în prezent, chiar și un zvon referitor la un leac vindecător este cu rapiditate spulberat, făcând ca lipsa de sens și de speranță să se adâncească și mai mult. Fiecare amăgire mai adaugă o nouă cută pe fruntea celor îndurerați. Orice întoarcere către ceea ce părea a fi o speranță înseamnă, mai apoi, plâns și scrâșnire a dinților. Ghilotina morții macină întruna.

• Pierderea intimității - tăcerea lupilor singuratici

Smulgerea din starea de intimitate și aruncarea supraviețuitorilor în gura lumii este o altă realitate. În cazul SIDA, nu este o opțiune privată sau o alegere arbitrară (Kayal, 1994: 42). Lesbienele și homosexuali sunt forțați să iasă din anonimatul (garantat constituțional) al vieții private, prin necesitatea de a-și îngriji bolile și prietenii bolnavi (Mancoske & Lindhorst, 1995: 28), lucru valabil de altfel și în cazul heterosexualilor infectați. Pentru a primi suport, supraviețuitorii sunt obligați **să facă cunoscute** nevoile pe care le au și, implicit, viața lor personală.

O simplă cerere de ajutor nu este doar o cerere. Implică adesea întrebări suplimentare, bănuieli, justificări, argumente, discuții, investigații medicale etc. Expunerea forțată la exterior, renunțarea la ceea ce voiai ca puțini semeni să știe despre tine, resemnarea, împing la depersonalizare și desfigurarea imaginii de sine.

• Pierderea comunității - durerea de a fi singur

Ironia tragică a multiplelor pierderi cauzate de SIDA este dată și de faptul că întreaga comunitate a persoanei este infiltrată de

teamă şi rejecţie, dacă nu chiar devastată de acest virus. Lideri şi modelele de rol sunt deja în gheara morţii, iar răzleaţa implicare a artiştilor şi politicienilor în normalizarea situaţiei este doar picătura din oceanul fără margini.

Virusul ucigător nu ţine cont de graniţe etnice, culturale sau religioase. Această moarte nemiloasă a ajuns să fie prezentă în orice comunitate deja definită. Pierderea oricărui suport exterior, atunci când ai cea mai mare nevoie de el, creează sentimentul că eşti singur pe lume, că totul se prăbuşeşte în jurul tău, că nimănui nu-i pasă, că poţi să dispari în secunda următoare fără ca cineva să dea semnificaţie acestui fapt. Singurătatea în comunitate, pentru cine nu este obişnuit şi nu se simte bine cu singurătatea, generează dezastre şi mai mari.

- **Pierderea sărbătorilor şi a libertăţii sexuale**

Transmiterea virusului HIV prin relaţii sexuale de orice tip şi gen dă naştere unei retrageri în sine şi respingeri faţă de şi din partea celorlalţi. Sărbătorile şi bucuriile de ordin sexual se scurtează dramatic. Situaţia este şi mai presantă în rândul homosexualilor, chiar dacă în ultimul timp s-a progresat pe drumul recunoaşterii libertăţilor şi drepturilor acestora. Unele studii (Martin, 1987) indică un procent de aproximativ 78% de pierdere a relaţiilor sexuale în cazul persoanelor seropozitive.

Impactul psihologic al pierderilor sumative - pânza de păianjen

Aşadar, pierderile sunt multiple şi variate. Lista noastră poate fi continuată la nesfârşit, întrucât pierderile există în stare latentă peste tot. Supravieţuitorii acestora fac eforturi de a se menţine în spatele sau lângă durerile pricinuite, încercând în acelaşi timp o purcedere spre vremi mai bune. Fiecare pierdere are încărcătura sa de suferinţă şi pentru fiecare supravieţuitor, fie că este bolnav, aparţinător sau îngrijitor (persoană de contact), **pierderea diferă în semnificaţii**, dar **impactul este desigur cumulativ** în consecinţe. I.N., un

psihoterapeut pentru persoanele seropozitive mărturisește: „*Uneori a lucra cu aceștia seamănă cu situația nefericită de a te afla în fața unei mașini în al cărei volan se afla un șofer nebun și mort de beat. Înseamnă a fi lovit din nou și din nou, fără speranță*". Inimi rănite, suflete disperate, părinți îngroziți, prieteni îndurerați, vecini uimiți, acestea sunt o parte din consecințele pierderilor suferite de către supraviețuitorii maladiilor incurabile de la sfârșitul mileniului doi.

Timpul insuficient dintre pierdere, lucrul cu durerea și ajustarea la o nouă realitate este o altă caracteristică a acestor pierderi sumative. Acest lucru se află notat în toate scrierile axate pe pierdere și suferință. Întreaga atenție este concentrată pe durere chiar dacă, de una singură, nu explică în totalitate variatele adaptări necesare impactului pierderilor sumative și cumulative determinate de maladiile incurabile.

Experiența bătrânilor aduce un plus de cunoaștere în înțelegerea psihologiei supraviețuitorilor. **Persoanele în vârstă** dețin în spatele supraviețuirii prieteni și familii cu experiență în pierderi și care știu ce înseamnă umbra norilor negri deasupra capetelor. Odată aflate departe de moarte, ele pot vorbi un altfel de limbaj, mult mai profund și mai rezistent intemperiilor și dezastrelor vremii. Vechea casă este vândută, vecinii de-o viață sunt de nerecunoscut, iar prețuitele posesiuni au dispărut. Iar, peste toate acestea, propriul trup a devenit o sursă de durere și nu de plăcere.

Aceste pierderi cumulative pot avea efecte majore mai ales dacă nu există șanse să se rezolve măcar o parte a acestora. Unele studii (Gallagher & Thompson, 1989: 459) raportează faptul că **persoanele în vârstă pot îndura mai greu durerea fizică, în schimb pot înțelege și gândi altfel** pierderile de o altă natură. Faptul că pierderile apar în «pânză de păianjen» înseamnă mult mai mult decât moartea sau anticiparea morții. Birurile ce trebuiesc plătite includ: calendar plin de parastase, vizite interminabile la spital, spitalizări prelungite, discuții interminabile despre SIDA sau cancer, sinucideri ale prietenilor, pagini întregi de parcurs cu articole și

scrieri de specialitate, ore şi ore de durere fizică şi psihică, căutări de remedii iraţionale, miraculoase etc.

Experienţa cumulativă a supravieţuitorilor conduce de obicei la stabilirea unei note psihologice permanente numite „moarte impregnată" (Niederland, 1971). Termenul de moarte impregnată descrie o experienţă continuă, în care pierderile multiple din fiecare aspect al vieţii persoanei sunt imprimate cu semnul morţii. Personalitatea însăşi capătă o «amprentă», ca şi cum «părţi din personalitate» ar fi marcate de multiple şi continue pierderi (Bidgood, 1992), în care fiecare pierdere pare, la vremea ei, ca fiind cea mai importantă. Când dezastrul se produce, orice altă problemă - oricât de oribilă sau de vastă ar fi - pare lipsită de semnificaţie. La un moment dat, evenimentul se sfârşeşte, devenind o întâmplare din trecut.

Supravieţuitorii multor tragedii obţin un confort considerabil din expectaţii legate de faptul că pierderea nu este într-o continuă creştere: *„Lucrurile vor merge apoi din ce în ce mai bine"*. Perceperea acestor pierderi este totuşi diferită.

Robert, un supravieţuitor al unor multiple pierderi legate de SIDA relatează: *„Mă simt ca o minge de fotbal. Lovit încoace şi-n colo, fără un control asupră-mi. Când jocul se opreşte, sunt aruncat într-un coş întunecat şi alte mingi mă presează"*. Timpul trece fără ca vreun vaccin sau un alt medicament vindecător să apară. Munţi de pierderi se înalţă. Speranţa dispare. Lipseşte potenţialul pentru rezolvare. Viitorul nu are răgaz, există numai un *summum* inevitabil de pierderi. *„Cu un an în urmă am aflat că nu voi mai trăi. Am realizat că urmează un întreg şi interminabil travaliu de durere şi suferinţă. Oamenii mă priveau ca pe un sclav. Nu am mai intrat în relaţie cu nici o altă persoană. Mă simţeam păcătos. Mă simţeam îngrozitor la gândul că peste 7 ani o să fiu doar cenuşă spulberată în vânt sau aruncată pur şi simplu în ocean"*. Amărăciune şi tristeţe, neplăceri şi gânduri distructive într-o repetiţie fără de sfârşit.

Capitolul III

Terapia contextual-modulară (Francis Macnab). Cum se poate face față suferinței? Terapia durerii la adulți

Pierderea speranței de viață – terapia post tentativă suicidară

Există două tipuri de persoane: unele care amenință cu suicidul, iar altele care-l săvârşesc, unii care eşuează în tentativele lor de a se sinucide, iar alții care reuşesc să-şi ia viața, unii care prin actul suicidar încearcă să comunice ceva, iar alții care iau hotărârea fermă să moară.

Terapia cu o persoană care amenință cu suicidul sau cu o persoană care a avut o tentativă de suicid este foarte dificilă, deoarece o simplă eroare poate declanşa reacții atât de destabilizatoare şi de stresante, încât persoana să comită suicidul. De regulă este recomandată intervenția unui terapeut în cazul în care o persoană se află în **următoarele situații**:

a. a indicat că ar avea motive să comită suicidul;

b. este supărată în legătură cu ceva, se află într-un conflict, se simte confuză şi frustrată;

c. şi-a pierdut interesul şi motivația pentru viață şi pentru diferite acțiuni şi simte că ar prefera să moară;

d. suferă de o boală incurabilă şi afirmă că vrea să se sinucidă;

e. este stresată sau depresivă şi se gândeşte la suicid;

f. a avut deja o tentativă de suicid şi are în jur de 50-60 de ani. Se simte inutilă şi fără scop şi se gândeşte că nu mai are rost să trăiască;

g. în timpul unei terapii devine stresată, agitată şi vorbeşte despre suicid sau are o tentativă de suicid.

În literatura de specialitate există cinci abordări teoretice majore ale problemelor comportamentului suicidar:

• **Teoria intervenţiei în criză.**

Persoana se află în criză, dar aceasta nu va dura pentru totdeauna. Esenţial este să schimbe situaţia de mediu problematică. Persoana trebuie ajutată să-şi rezolve sau să-şi atenueze problemele de moment. Ea trebuie asigurată că există persoane pe care se poate baza.

• **Teoria psihodinamică.**

Impulsul suicidar este văzut ca reflectând un conflict intern, inconştient. Impulsurile agresive sunt întoarse către sine, existând dorinţa de a pedepsi în acest fel un alt personaj, transformat în simbol.

• **Teoria biochimică.**

Aceasta asociază persoana suicidară cu depresia. La un moment dat există o schimbare în balanţa biochimică a organismului, care afectează neurotransmiţătorii de monoamină şi reduc nivelul excitaţiei corticale. În cadrul sindromului premenstrual la femei s-a constatat că în această perioadă şi în prima fază a menstruaţiei sunt comise jumătate din tentativele de suicid. În acest caz, intervenţia psihoterapeutică trebuie să reechilibreze balanţa chimică a organismului.

• **Teoria cognitivă.**

Persoana suicidară interpretează evenimentele şi problemele interne şi externe în moduri ilogice, iraţionale şi negativiste. Ea se vede atât pe sine, cât şi viitorul, într-un mod negativ, lipsit de speranţă.

• **Teoria circumstanţială.**

Apariţia anumitor circumstanţe, cum ar fi pensionarea, singurătatea, boala, sentimentul de inutilitate sau bătrâneţe, poate duce la o stare depresivă şi la înclinaţii suicidare. Există şase **caracteristici ale persoanelor suicidare**:

- de obicei sistemul de luare a deciziilor şi de rezolvare a problemelor este deficitar;

- văd situațiile de viață prin care trec ca fiind lipsite de speranță;
- au multe distorsiuni cognitive în ceea ce privește sinele, pe ceilalți și viitorul;
- au un mod de gândire rigid și dihotomic;
- au pierdut controlul propriei persoane, nu mai au sens și consideră suicidul ca o soluție dezirabilă;
- au pierdut simțul valorii personale și sunt izolați.

Urmărind aceste șase caracteristici descrise, **Francis Macnab (1991) a construit un modul de terapie scurtă, adaptat pentru fiecare persoană și circumstanță.** El și-a denumit terapia „contextual-modulară". Este recomandabil, în general, ca cele șase sesiuni (pe care se bazează această terapie) să fie aplicate cu pauze de o săptămână, pentru a permite asimilarea și reordonarea informațiilor (6 săptămâni).

Sesiunea I

a. explorarea factorilor care au dus la decizia de suicid;
b. evaluare;
c. formarea unei alianțe vitalizante;
d. posibilități de a schimba evaluarea.

În această secțiune în care se evaluează viziunea despre sine și ceilalți, despre evenimente și lume, terapeutul încurajează pacientul să se considere persoana cheie în sistemul său de suport. El îi explică pacientului că una din cauzele deprimării sale este anxietatea. În acest sens, terapeutul îl învață pe pacient primul exercițiu din «trainingul» autogen - tehnică de autorelaxare după Schultz.

Sesiunea II

a. pacientul învață să-și domine anxietatea;
b. explorarea anxietății, cât și posibilitatea de a-și exterioriza emoțiile asociate cu anxietatea (*„Ce simți când ești neliniștit?", „Cum te manifești?", „Ce gândești?", „Ce-ți trece prin minte?"* - sunt câteva din întrebările-ghid).

Anxietatea pacientului este deseori accentuată de o gândire rigidă şi distorsionată. Pacientul este învăţat să folosească imageria şi relaxarea.

Sesiunea III

În cadrul dialogului terapeutic:

a. se caută **originile** mâniei şi ostilităţii;

b. se caută **obiectul** mâniei şi ostilităţii;

c. se caută să se dezvolte **controlul** mâniei şi ostilităţii;

d. se continuă practica relaxării şi imageriei şi conştientizarea unor temeri nerecunoscute până în prezent;

e. se încearcă învăţarea pacientului să experimenteze **durerea** şi **pierderea** sau **umilinţa** fără a fi autodistructiv.

Sesiunea IV

a. se începe reconstrucţia cognitivă referitoroare la sine, trecut, prezent şi viitor şi se încearcă a se interioriza idei, fraze de genul: «O să înfrâng acest obstacol şi voi trăi»;

b. se argumentează şi se acceptă ideea că suicidul este o cale greşită de a reacţiona în criză;

c. se stimulează imageria pe tema succesului;

d. se identifică şi se exteriorizează problemele.

Sesiunea V

a. pacientul este încurajat să se vadă în centrul evenimentelor, este întrebat ce face el acum, ce speră să facă şi ce speră să fie;

b. este ajutat să conştientizeze sensul gestului său suicidar şi să experimenteze suportarea durerii. «*Eşti stăpânit de teamă, de impulsul tău distructiv. Oamenii vor veni şi te vor găsi mort. Ce încerci de fapt să faci sau să le spui prin gestul tău? Ce încerci de fapt să-ţi faci ţie însuţi?* ***Încearcă să experimentezi durerea****, alţii au făcut aşa, tu încerci mereu să fugi.* ***Spune-ţi ţie însuţi că vei găsi în tine puterea*** *de a trece peste asta, cu puţin ajutor din partea mea*»;

c. pacientul învață noi modalități adaptative, pozitive, noi atitudini;

d. se foloseşte în continuare imageria pentru a crea situația de confort psihologic.

Sesiunea VI

a. pacientului **i se explică importanța prieteniilor**, dar şi **a singurătății**, care permit acceptarea **şi afirmarea de sine şi reorganizarea resurselor interne**;

b. se reconstruieşte **imaginea propriei persoane ca fiind eficace şi demnă**;

c. se recapitulează celelalte achiziții anterioare;

d. se acordă mai multă importanță mecanismelor de control şi de suport al sinelui, creării de căi mai eficace în a stăpâni crizele şi evenimentele dureroase şi se întăreşte sistemul de credințe şi comportamentul pacientului.

Aproximativ 11-17% dintre depresivi comit suicid, iar suicidul este considerat un factor care apare foarte frecvent drept cauză a mortalității tinerilor din țările industrializate. Trebuie precizat că se asociază psihoterapia suportivă, în tulburările depresive, cu psihoterapie analitică, terapie cognitivă şi altele, cu farmacoterapie şi - în cazul unor tulburări de intensitate psihotică - cu terapie electroconvulsivă.

Psihoterapia suportivă se aplică în 90% dintre cazuri şi are ca scop reducerea anxietății pacientului, arătându-i-se înțelegere şi simpatie şi deschizându-se drum modalităților prin care îşi poate rezolva problemele.

Este importantă relația cu familia pacientului, pentru că ea trebuie să-l susțină din punct de vedere psihic. De asemenea, pacientul trebuie informat despre alte organizații sau grupuri existente, care au probleme similare cu problemele lui.

Farmacoterapia constă în principal în administrarea de medicamente antidepresive. Tipul medicamentului antidepresiv este ales în funcție de specificul pacientului. Există depresii în care pacientul este anxios (mai ales în rândul bătrânilor) şi depresii în care

pacientul este apatic. La pacienţii unde există riscul suicidar este foarte important ca medicamentul să aibă o toxicitate foarte redusă.

Concluzia tuturor celor prezentate este faptul că tentativa de suicid poate fi prevenită printr-o psihoterapie adecvată şi bine structurată. Acest lucru reprezintă de fapt scopul unui psihoterapeut, care este atât de necesar în perioada dificilă din ultimii ani, când starea de anomie şi pauperizare continuă au dus, alături de alte cauze, la creşterea frecvenţei fenomenului suicidar în rândul populaţiei, atât adulte cât şi tinere.

Organizarea de programe concrete şi susţinute de terapie suportivă în cadrul clinicilor sau al unor centre special create ar aduce, credem, o rază de speranţă pentru viitorul atâtor indivizi dezorientaţi, uneori chiar disperaţi, aflaţi pe punctul de a lua decizii ireparabile, cum este de altfel decizia de suicid. Pentru aceasta ar trebui, fireşte, atât fonduri pentru creşterea şi echiparea unor cabinete adecvate, cât şi timp pentru pregătirea unor consilieri, psihoterapeuţi specializaţi în domeniu.

Violul – situaţie de criză şi durere multiplă

Asaltarea, agresarea sau invadarea unei alte persoane este destabilizatoare şi provoacă un grad ridicat de stres. Studiile arată că uneori este nevoie de o repetare a procesului terapeutic pentru a se ajunge la vindecare psihică.

Scopul acestui modul practicat de către Fr. Macnab (1991: 178) este acela de a reduce timpul suferinţei, stabilizarea reechilibrării, conştientizarea simptomelor şi creşterea controlului asupra acestor simptome atunci când ele reapar. Modulul este format, de asemenea, din şase sesiuni. Criza este precipitată de «invazia» unei alte persoane. Victimele violului recunosc **patru faze ale răspunsului**:

a. în timp ce «invazia»/asaltul are loc;
b. imediat după aceea;
c. în diverse momente, pe o perioadă lungă de timp după comiterea violului;

d. amintiri, asumpţii şi conştientizări despre ceea ce era înainte de criză, comparativ cu percepţia de sine după criză.

De obicei, o persoană care trece printr-o asemenea situaţie critică este surprinsă total nepregătită. Cu siguranţă a auzit vorbindu-se despre periculozitate dar, de această dată, este victima unei astfel de situaţii. Poate că niciodată nu s-a gândit că ar putea fi obiectul unei astfel de întâmplări nefericite.

Este din ce în ce mai tolerată şi mai acceptată la nivelul opiniei publice ideea conform căreia, într-o societate normală, asemenea evenimente sunt inevitabile. Violul în sine este o grotescă şi violentă crimă împotriva unei femei, perpetuând nu numai pe moment teroare şi suferinţă, ci posibil pe termen lung durere fizică şi psihică. Violul nu reprezintă doar un act agresiv din partea unui bărbat împotriva unei femei, ci şi o reflecţie a puterii bărbatului în societate comparativ cu vulnerabilitatea femeii. Este o invazie sexuală, o violenţă fără scuze. Violatorul adesea rămâne nepedepsit şi nu se produce integrarea lui într-un program de tratament. Victima este adesea victimizată în trei situaţii: în primul rând în timpul actului, în al doilea rând de către poliţie şi de către sistemul medical şi, în al treilea rând, de teama ofenselor din partea prietenilor şi de multe alte anxietăţi şi ruminaţii care persistă în timp.

De regulă, victimele violului se simt copleşite şi fără resurse interioare de a depăşi acest moment. Sunt invadate de teamă şi panică, se simt murdărite din punct de vedere fizic şi psihic, cufundate într-o bulversare mentală şi socială. Există şi factori care fac victima de o vulnerabilitate particulară: locuieşte singură, nu are un sistem de siguranţă adecvat al locuinţei, lucrează până noaptea târziu şi se reîntoarce singură într-o casă pustie. Pe de altă parte, poate fi vulnerabilă prin lipsa resurselor personale, a unei bune percepţii şi a gândirii practice/concrete. Aşadar, vulnerabilitatea operează la câteva niveluri:

a. lipsa banilor şi, implicit, lipsa unei protecţii adecvate;
b. vulnerabilitatea psihologică;
c. reacţii exagerate.

Revenirea, vindecarea trebuie să contracareze blamul de sine, auto-criticismul şi auto-discriminarea. Este normal să se reacţioneze printr-o dezorganizare mentală şi socială dar, în timp, este necesar să se prevină instalarea unor efecte patologice: lipsa dorinţei sexuale, depresia, retragerea socială etc.

În prima sesiune terapeutică este esenţială **stabilirea scopurilor terapeutice**, pornind de la **evaluarea atentă** a victimei:

- caracteristici ale personalităţii înainte de criză: capacităţile de a depăşi o criză, prezenţa unor atitudini şi comportamente nevrotice, psihotice, alcoolism, abuz de drog, handicap mental;
- caracteristici ale personalităţii în timpul crizei: imagine de sine, vulnerabilităţi, resurse psihice (atitudine, filosofie etc);
- stresori de viaţă: stres economic, dezorganizare familială, evenimente de viaţă nedorite şi stresante, schimbări de viaţă;
- suport social: disponibilitatea şi calitatea relaţiilor, reacţiile acestora în interiorul reţelei de sprijin, percepţia sistemelor de suport social;
- factori demografici: vârstă, rasă, status marital, religiozitate, şomaj, status social, locul rezidenţei, stil de viaţă.

Există şi câţiva factori care pot împiedica o refacere/ vindecare rapidă a stării de sănătate a victimei: stres financiar, gradul violenţei suferite, asalturi multiple, complicaţii medicale, alte probleme cu poliţia, lipsa suportului social adecvat etc.

• **Procesul terapeutic**

Sesiunea I

1. **Întâlnirea - observare atentă.**
2. **Empatie.**
3. **Angajare - sensibilitatea şi stabilitatea** sunt vitale asigurării persoanei că ceea ce ea caută (un mediu sigur în care poate dezvălui criza) există deja.
4. **Explorare.**

a. Persoana este încurajată să relateze detaliile asaltului - când s-a întâmplat, cum s-a întâmplat, natura asaltului, evenimentele imediat după aceea, reacțiile sale.

b. Evaluările persoanei în ceea ce priveşte violența implicată, modul în care percepe agresiunea (folosirea armelor, amenințări, numărul atacatorilor, tipul de viol, complicații medicale); distincția dintre violență şi amenințare.

c. Persoana descrie orice acțiune (polițienească, medicală, familială, agenții sociale) care a avut loc după asalt. Evaluarea tuturor acestor contacte.

d. Persoana este încurajată să evalueze dacă şi cum asaltul ar fi putut fi prevenit:

- erorile şi greşelile comise;
- acțiunile posibile;
- blamul de sine şi învinuirea de sine.

e. Persoana este încurajată să evalueze:

- stresul dinaintea crizei şi capacitatea sa de cooperare aici şi acum;
- resursele de adaptare, stima de sine, filosofia proprie, valorile persoanale;
- grupurile de suport efectiv disponibile şi relaționările securizante;
- atitudinile față de crize, față de sine, față de viitor şi față de lume.

f. O inventariere a factorilor maritali, sociali, status profesional, educație, religie şi alții, care pot fi relevanți pentru capacitățile ei de a face față statutului de victimă.

g. O inventariere a statusului psihosocial al persoanei:

- anterior crizei, cât de mult este posibil;
- după situația de criză;
- în contextul altor stresori care ar putea-o expune în trecut;
- în contextul altor stresori actuali.

h. Prin ce modalităţi încearcă să facă faţă stresului (fumat, droguri, alcool, excese alimentare, somn, relaxare, meditaţie, resurse cognitive, filosofie, valori, religie)?

i. O depistare a simptomelor:

- natura simptomelor (panică, coşmaruri, facies care exprimă disperare etc.);
- durata;
- repetare (frecvenţa);
- răspunsurile la încercările variate de a le schimba;
- modalităţile în care se fac anunţate;
- evaluarea condiţiilor secundare (fizice, psihologice şi sociale).

5. Intervenţia terapeutică

După ce s-au parcurs etapele acestei prime sesiuni, urmează intervenţia terapeutică propriu-zisă. Spre exemplu, acum este făcută distincţia între criză şi informaţiile stocate sub formă de amintiri. O distincţie va fi făcută între **ceea ce s-a întâmplat şi ceea ce putea să se întâmple**, sau **ceea ce ar putea să se mai întâmple.** Persoana poate să se obişnuiască treptat cu evenimentul, care va fi „activat" în mod spontan, în diverse momente şi situaţii, fără ca încă să fie sub control.

Unele proceduri simple pot ajuta la stabilirea echilibrului. Spre exemplu, seara înainte de culcare se poate asculta o muzică terapeutică.

6. Persoana este încurajată să recunoască şi să accepte faptul că **terapia este un proces colaborativ de declanşare a resurselor interioare şi realizarea stabilizării**, de conştientizare a tendinţei la regresie, a dorinţelor magice etc. Terapia este un **proces de redobândire a controlului, care va continua şi după celelalte cinci sesiuni care urmează.**

Sesiunea II

Sesiunea secundă ajută persoana să **clarifice** câteva sentimente şi să **recunoască** modalitățile de a beneficia de pe urma stabilizării situației de control a sentimentelor. Majoritatea victimelor violului vin la terapie cu o sumă de traume. Vor ca imediat să poată controla aceste situații şi să le integreze în experiențele lor. Sesiunea începe cu procesul **de conştientizare a sentimentelor şi afectelor, confruntându-le şi obținând controlul** asupra lor.

• Există un gen de anxietate care înconjoară miturile violului în cultura noastră. O victimă a violului se confruntă cu următoarele mituri:

a. femeile precipită sau provoacă violul;

b. emeile caută în secret această formă de dominare sexuală;

c. numai femeile promiscue sunt violate;

d. orice femeie poate opri un viol dacă într-adevăr îşi doreşte acest lucru;

e. orice femeie violată este de respins;

f. femeile deseori falsifică povestea violului lor, ca şi acuzațiile;

g. numai bărbații bolnavi violează;

h. dacă o femeie este violată, înseamnă că ceva în neregulă s-a întâmplat cu ea la început.

• Anxietatea victimei este prezentă în legătură cu tot ceea ce crede despre lume, scepticism în legătura cu viața şi Dumnezeu, cu regulile vieții şi cu relațiile umane.

• Anxietatea este prezentă la victimă în legătură cu modul în care vor reacționa oamenii; cum vor adopta miturile în legătură cu violul şi rejecția celei violate; ce tip de suport va primi în vederea depăşirii traumei.

• Anxietatea este prezentă în:

- reevaluarea rolului şi a ceea ce înseamnă să fii femeie;
- luarea în considerare a câtorva tipuri de alienări şi izolări;
- adoptarea unei noi şi uzuale definiții negative despre sine.

• Anxietatea poate fi în legătură cu sentimentele de nefericire, neputinţă, blamul de sine, pierderi şi teama că anumite sentimente mult mai tragice vor erupe şi cărora nu le va putea face faţă. Apare un sentiment puternic al lipsei de ajutor.

• Anxietatea poate fi în legătură cu repetarea traumei, amintirilor dureroase, cu aşteptarea unei uşurări şi compensaţii, precum şi cu nevoia de stăpânire a situaţiei.

• Anxietatea poate fi în legătură cu repetarea vizitelor, identitatea atacatorilor, o vizită a altor atacatori, conştientizarea mişcărilor şi a umbrelor.

Anxietatea victimei poate fi determinată de şase categorii de factori:

- miturile culturale;
- lumea înconjurătoare;
- alte persoane;
- sinele;
- trauma şi amintirile ei;
- atacatorul.

Momentele de bază ale sesiunii sunt:

1. **Întâlnire - empatie - angajare**.
2. **Evaluarea prin identificarea**:

a. reacţiilor la sesiunea trecută;
b. nivelurilor de control;
c. progresului din prima sesiune.

3. **Tranziţia la lucrul asupra anxietăţii**:

- managementul tipurilor de temeri;
- procesul de obţinere a controlului asupra acestor anxietăţi şi asupra comportamentului.

Persoana este încurajată să descrie temerile proprii şi să înceapă de acolo de unde doreşte să înceapă.

4. **Terapia**

Terapeutul poate ajuta persoana **să recunoască** diferitele categorii de frici care o afectează şi să recunoască anxietatea care

înconjoară fricile. Se procedează la o examinare a modalităților eficiente sau ineficiente de a face față variatelor tipuri de anxietate.

Asigurările sunt date în legătură cu direcțiile de recunoaștere și conștientizare, control și reglare, mobilizarea resurselor pozitive, o restabilizare a stării emoționale și un mai bun management al anxietății.

5. Continuarea muncii terapeutice

Persoana este încurajată să recunoască modalitățile de control a anxietății. Se monitorizează anxietatea, intensitatea, modalitățile de generalizare și intervențiile asupra ei.

6. Este dată reasigurarea în legătură cu colaborarea în terapie, dobândirea controlului asupra sinelui.

Sesiunea III

Accentul principal al sesiunii se va pune pe **stabilitatea emoțională** și **pe dobândirea controlului**. O atenție particulară va fi dată sentimentelor de violare și prejudiciu, sensului demoralizării și neajutorării, pierderii stimei de sine, blamului de sine și furiei.

1. **Întâlnire - empatie - angajare.**

2. **Identificarea elementelor de progres și a reacțiilor la sesiunea anterioară.**

3. **Tranziția:**

„Astăzi vreau să vorbești despre sentimentele tale:
- sentimentele din tine însăți;
- sentimentele față *de tine însăți;*
- sentimentele față *de alți oameni;*
- sentimentele față *de atacatorul tău;*
- sentimente față de lume...

Uneori aceste sentimente sunt atât de puternice, încât ne speriem de intensitatea lor, alteori dorim să le punem deoparte și să mergem mai departe în viață."

4. Terapia:

a. Identificarea tuturor sentimentelor. Cum sunt exprimate aceste sentimente. Cum se generalizează de la unul la celălalt, cum trec unele în altele.

b. Relaţia persoanei cu sentimentele dinainte de criză.

c. Cum îşi imaginează persoana viitorul în relaţie cu sentimentele ei şi cu modul în care se simte ca persoană.

d. Lucrul cu evenimentele trecute (cât de persistente sunt şi ce capacitate de influenţare au). Cum poate fi înfrântă această putere de influenţă a trecutului.

e. Încurajarea obţinerii controlului sentimentelor şi reconstrucţia sinelui.

5. Continuarea muncii terapeutice: se foloseşte o **procedură de relaxare cu auto-hipnoză.**

a. Relaxarea este concentrată spre acceptarea şi construirea controlului anxietăţii şi a stărilor de dispoziţie pozitivă.

b. Auto-sugestie pozitivă pentru reconstrucţia stimei de sine, bunelor sentimente despre sine, imaginii pozitive despre eficacitate şi control.

Sesiunea IV

Această sesiune se ocupă cu **reorganizarea cognitivă şi reconstrucţia.** Aproape întotdeauna mânia şi intensitatea răspunsului sunt date de semnificaţia care se acordă violului, relaţionărilor şi lumii înconjurătoare.

1. **Întâlnire - empatie - angajare.**
2. **Identificare: monitorizarea progresului făcut prin relaxare, autosugestie şi imagerie.**
3. **Tranziţia la reconstrucţie şi reorganizare.**

Este important să facem distincţia dintre ceea ce este evenimentul şi înţelesul pe care continuă să i-l acorde. Uneori victima se simte copleşită de sentimentele despre eveniment, care se

mențin din cauza faptului că, de cele mai multe ori, ea acordă o semnificație distorsionată evenimentului.

4. Terapia:

a. Implicarea învățării directe: eveniment - modul în care este perceput - interpretarea dată - răspunsul emoțional - răspunsul comportamental.

b. Distincția dintre rezolvarea problemei și rezolvarea emoțiilor.

c. Distincția dintre evenimentul actual și teama de a reveni; modalitatea de tratare; cum să izolăm un eveniment de efectele acestuia.

d. Modalitățile diferite de a percepe un eveniment: interpretare, discuții, reorganizare, răspuns emoțional și răspuns comportamental.

e. Reconstrucția practică a răspunsului.

f. Conștientizarea nevoii de control asupra trecutului prin controlul emoțional și comportamental. Recunoașterea evenimentelor și semnelor care provoacă stres. Învățarea strategiilor de prevenție.

g. Conștientizarea stimei de sine și a procedurilor de creștere a acesteia.

5. Continuarea muncii terapeutice și acasă:

a. relaxare și imagerie;

b. practicarea reconstrucției cognitive;

c. folosirea unui jurnal pentru a nota experiențele din timpul folosirii tehnicilor (a) și (b).

6. Acordarea asigurărilor adecvate.

Sesiunea V

Această sesiune se axează asupra **amintirilor dureroase**, efectul acestora asupra comportamentului și simptomatologia rezultată. Se centrează dialogul pe trauma rezultată, cooperarea cu amintirile, răspunsul afectiv și comportamental la aceste amintiri, distorsiunile de memorie, provocările apărute.

1. Întâlnire - empatie - înscriere.

2. Identificare:

Încurajarea dezvoltării relaxării şi procedurilor de imagerie, şi evaluarea progresului realizat în reorganizarea cognitivă şi reconstrucţie.

3. Tranziţia la managementul distresului şi distorsionărilor cognitive.

Se analizează sentimentele provocate de către traumă. Scopul nostru este de a reduce puterea memoriei negative. Nu avem altă soluţie decât aceasta. Putem reorganiza şi rearanja amintirile legate de eveniment.

4. Terapia:

a. Persoana este încurajată să intre într-o stare relaxată, într-o transă simplă.

b. Este rugată să retraverseze memoria, în timp ce terapeutul vorbeşte memoriei, folosind limbajul metaforei şi imageria.

c. Apoi persoana este încurajată „să vadă” memoria ca o mobilă într-o cameră, copacii din parc, florile din grădină, picturile unei galerii. Este încurajată mai apoi să rearanjeze memoria, să o facă în mod diferit, să o plaseze într-un context diferit. Se foloseşte metafora pentru a reoperaţionaliza amintirile, în mod indirect.

d. În timp ce terapeutul vorbeşte, îşi va schimba tonul vocii pentru a induce sugestiv rearanjarea memoriei.

e. Se apelează la anumite sugestii de genul *„Ar fi bine dacă..?”* Se dau sugestii constructive: *„Vei începe să vezi cum memoria ta... Vei începe să gândeşti mult mai bine despre tine... Vei vedea cum toate acestea se vor fixa puternic în mintea ta... Vei fi mai capabilă să devii o altă persoană.”*

f. Se ia o pauză. În relaxare, i se sugerează progresele obţinute.

5. Continuarea muncii terapeutice şi acasă

a. practicarea relaxării şi imageriei pozitive;

b. conştientizarea creşterii de sine;

c. identificarea capacităţilor interne şi externe şi a resurselor care pot conduce la o reaşezare pozitivă şi la maturizare.

6. Se dau reasigurări adecvate.

Sesiunea VI

Se focalizează pe **resursele** personalității clientei, resursele disponibile din partea grupurilor de suport, resursele culturale pe care le simte ca fiind relevante (literatura, filosofia și religia). Această sesiune ajută la **evaluarea resurselor, a organizării auto-managementului și la creșterea bunăstării emoționale**.

1. Întâlnire - empatie - angajare.
2. Identificarea progreselor.
3. Tranziție:
Conștientizarea modului în care resursele pot fi mobilizate în creșterea bunăstării psihologice. Stabilirea modului în care fiecare sesiune determină noi resurse și noi strategii disponibile persoanei. Preocuparea pentru folosirea acestor resurse.

4. Terapia
a. Identificarea resurselor interioare, conștientizarea puterii psihice disponibile pentru o perioadă de timp. Stabilirea modalităților în care pot fi mai eficiente.
b. Identificarea și evaluarea relațiilor importante și a grupurilor de suport.
c. Reevaluarea resurselor în contextul experiențelor trecute, circumstanțelor prezente și perspectivelor viitorului, filosofia de viață și viziunea asupra lumii.
d. Identificarea semnelor, resurselor și strategiilor unui automanagement mult mai eficient.

5. Continuarea muncii terapeutice
a. Stabilirea a ceea ce s-a învățat prin parcurgerea acestui modul;
b. Încurajarea resurselor și mediului să fie mult mai suportiv;

c. Reorganizarea nevoilor reîntoarcerii la terapie din când în când, sau atunci când resursele interioare şi exterioare sunt depăşite de revenirea simptomelor;

d. Acceptanţă - cooperarea cu nevoia de a primi suport psihoterapeutic în mod regulat.

6. Reasigurări

Interpretarea rolului terapeutic şi a relaţionării terapeutice în timpul celor şase sesiuni ale modulului şi natura rolului şi relaţionării din viitoarele întâlniri.

7. Concluziile de final. Rămas bun.

Modului lui Francis Macnab centrat pe trauma violului rămâne deschis în timp, neexcluzând revenirea clientei pentru consolidarea efectelor pozitive sau prevenirea unor noi răspunsuri emoţionale neadecvate.

Mutilarea - câteva pierderi

Experienţa pacienţilor cu arsuri - imaginea de sine

Durerea fizică şi psihică reprezintă cea mai severă experienţă îndurată de **pacientul ars**. În acest caz, durerea este definită ca „o situaţie particulară, dezagreabilă, însoţită de o serie de fenomene somato-vegetative, reflexe şi o coloratură psihoafectivă negativă determinată dc acţiunea unor stimuli nociceptivi asupra receptorilor specifici (sau asupra oricăror receptori, dacă depăşeşte un anumit prag de intensitate şi durată” (Iamandescu, 1996).

Intensitatea durerii depinde de o serie de factori: extinderea şi profunzimea arsurii, stadiul de însănătoşire, vârsta şi etapa de dezvoltare emoţională, cogniţie, responsivitatea la analgezice, pragul durerii, factori interpersonali şi culturali. În cazul mutilării prin combustie, imaginea de sine suportă severe distorsiuni.

• Strategii de prevenire a durerii

Cea mai uzuală strategie de prevenire a durerii fizice este, din păcate, administrarea medicamentelor antialgice. Aceasta este considerată una dintre nevoile de bază în centrele de tratare a bolnavilor arşi. Administrarea lor se bazează pe manifestările cornportamentale ale pacientului, verbale sau nonverbale.

Pentru evitarea efectelor secundare ale administrării medicamentelor, dar şi pentru ameliorarea durerii psihice, în ultima vreme s-a manifestat interesul pentru abordări non-medicamentoase. În acest scop, s-a recurs la tehnici psihoterapeutice cognitive, comportamentale, relaxare şi hipnoză, terapie ocupațională.

• Tehnici cognitive

O tehnică potrivită este considerată a fi aceea de **restructurare a gândurilor**. Premisa terapiilor cognitive este aceea că gândurile negative pot fi tratate drept conduite care, atunci când sunt modificate, pot avea un impact pozitiv asupra emoțiilor rezultate. Pacientul ars are anumite cogniții eronate despre procedurile medicale şi durerea pe care o suferă în timpul tratamentului. Prezintă, în general, reacții comportamentale bazate pe evitarea evenimentelor nocive. Identificarea şi modificarea gândurilor pacientului poate avea un impact pozitiv asupra experienței sale afective.

Oamenii, de obicei, abordează procedeele medicale neplăcute printr-una din cele două reacții cognitive generale: ori sunt tipic evitanți şi doresc să ştie cât mai puțin despre procedură, ori sunt sensibili şi reclamă cât mai multe informații posibile despre ce vor experimenta. În consecință, strategiile cognitive se împart şi ele în două categorii care, în mare, corespund stilului cognitiv al pacientului:

a. Dacă avem de-a face cu un pacient evitant, îl vom ajuta să-şi concentreze atenția în altă parte, pentru distragerea de la evenimentele neplăcute. Astfel, în timpul procedurilor, el poate fi angajat într-o discuție, poate viziona o emisiune televizată sau audia un program la radio etc.

b. O altă categorie de tehnici se aplică în cazul pacientului care are nevoie de **vigilenţă** în timpul procedurii medicale. Acesta va fi încurajat să se concentreze asupra senzaţiei de durere, astfel încât să se realizeze o disociere în experienţa sa despre durere. Dacă s-a concentrat destul de mult, senzaţia de durere poate fi privită ca o senzaţie de arsură, ca un «sentiment îngrozitor» (Browne, 1995, apud P. Constantin, 1997). Pacientul devine astfel „martorul" conştient al durerii sale, ceea ce îi creează premisa acceptării şi controlului acesteia. El renunţă la a se mai identifica de fapt cu durerea.

O altă aplicaţie simplă, dar importantă, a tehnicii de restructurare a gândurilor e aceea de a ajuta pacientul să **reinterpreteze sensul durerii**. Explicându-i că prezenţa durerii dovedeşte că arsura nu este severă şi că sensibilitatea crescută se datorează apariţiei unor muguri de ţesut epitelial, semn de vindecare, îi dăm acestuia posibilitatea de a interpreta propria experienţă într-o lumină pozitivă.

Informarea prealabilă a pacientului despre procedurile la care va fi supus şi senzaţiile pe care le poate trăi în timpul desfăşurării actului medical este o altă tehnică ce poate contribui la reducerea durerii şi anxietăţii bolnavului. Ca şi în cazul altor forme de intervenţie cognitivă, aceasta va fi adaptată stilului cognitiv al pacientului. Există pacienţi care nu vor să ştie nimic despre procedurile iminente, în timp ce alţii vor cere detalii suplimentare. Cel mai simplu mijloc de a afla utilitatea tehnicii este de a întreba pacientul cât de mult vrea să ştie.

• Terapia comportamentală

Există două categorii de intervenţie comportamentală: clasică şi operantă.

a. Aplicarea **condiţionării clasice** în controlul durerii înseamnă conceptualizarea procedeelor de îngrijire ca stimuli pentru durere şi anxietate, urmată de cuplarea răspunsurilor de relaxare în prezenţa acestor stimuli.

b. **Condiţionarea operantă** are câteva aplicaţii caracteristice în tratamentul durerii la bolnavii arşi.

Una dintre ele se referă la cazul în care comportamentul pacientului este mai pronunțat decât cel anticipat. Printre factorii care contribuie la o astfel de manifestare se înscriu influențele culturale, dependența emoțională, anxietatea și comportamentul-răspuns la administrarea medicamentelor. Durerea va fi înțeleasă ca o problemă pe termen lung, dar și pe termen scurt. Se va planifica în acest scop administrarea analgezicelor la intervale fixe, tratându-se atât durerea de fond, cât și cea de procedură. În același timp, se va oferi ajutor pentru limitarea durerii excesive printr-o strategie de întărire, în care se ignoră manifestările comportamentului de durere și se urmăresc comportamente mai adaptative.

O altă situație este aceea a prevederii unor perioade de odihnă pe durata tratării plăgilor. Este probabil ca pacienții să-și extindă aceste comportamente, deoarece uneori pot scăpa procedurilor ca rezultat al manifestărilor de durere. De aceea, o alternativă preferabilă e aceea de a permite pacientului să aibă perioade de odihnă înainte de a manifesta comportamentul de durere pe intervale de timp fixate (Browne, 1995, idem, op. cit.).

• **Tehnicile de relaxare**

La ora actuală, în multe țări ale lumii se manifestă un interes crescut pentru tehnicile de relaxare. **Relaxarea** reprezintă, în sens restrâns, o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, care urmărește realizarea unei decontracții musculare și nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat (Holdevici, 1995).

Toate metodele de relaxare însă presupun un anumit antrenament, o perioadă de învățare înainte de a deveni un bun al subiectului. Deși, în mod potențial, aceste tehnici pot fi folosite în cazul unor pacienți, ele nu corespund prea bine situației bolnavului ars, natura tratamentului implicând prea multe surse de distragere atât pentru pacient, cât și pentru terapeut.

În mod tipic, pacienții oscilează între o multitudine de emoții sub influența factorilor farmacologici, fiziologici și de mediu. În

aceste condiţii, o metodă de relaxare eficientă, scurtă (spre exemplu, exerciţii de respiraţie) poate fi mai folositoare decât intervenţiile de relaxare prelungite.

Hipnoza, ca şi relaxarea, este o stare modificată de conştiinţă (Holdevici, 1995). Mulţi autori o consideră o stare de relaxare profundă. La bază se află sugestia prin intermediul căreia se acţionează asupra indivizilor aflaţi fie în stare de veghe, fie în stare de relaxare. Hipnoza poate fi folosită înaintea începerii unor proceduri medicale dureroase (spre exemplu, schimbarea pansamentului).

S-a pus întrebarea dacă există un tip de comportament sau de personalitate predispozante la durere, dar nu s-a putut da un răspuns tranşant. Este sigur însă că **percepţia durerii este diferită de la un individ la altul**, ca şi răsunetul afectiv al acesteia şi, secundar, comportamentul prilejuit de ea. Ele pot determina modificări de ordin psihic manifestate prin depresie, insomnie, astenie, disperare, stres psihic, nevoie de dependenţă etc. De aceea, tratarea durerii este una dintre urgenţele în tratamentul bolnavilor arşi.

- **Terapia fizică şi ocupaţională**

Terapia fizică şi ocupaţională îşi propune să contribuie la recuperarea pacientului ars până când acesta va realiza un stil de viaţă cât mai aproape de normal, prin promovarea educaţiei şi tratament fizic. Ambele componente se combină şi formează planuri eficiente de tratament.

Obiectivele generale ale unui astfel de plan sunt: îmbunătăţirea şi prevenirea pierderii unei serii de mişcări, a puterii, a coordonării şi dexterităţii, a funcţionalităţii. Obiectivele tratamentului trebuie să fie definite cât mai clar şi în termenii realităţii.

Psihoterapeutul va face o evaluare a pacientului şi, pornind de la principiile generale de tratament, va elabora un plan individual care va fi integrat în planul general de îngrijire, în cadrul echipei complexe recuperatorii. Ştiind că fiecare pacient este unic, el va trebui să dea dovadă de creativitate şi ingeniozitate. Planul cuprinde nevoile şi abilităţile pacientului, însuşirile şi obligaţiile ambelor părţi. Tratamentul variază în funcţie de nevoile individului, starea fizică şi

psihologică, istoria medicală și scopurile reale ale recuperării. Starea cognitivă, efectele medicației, sepsia rănilor pot marca schimbarea capacității pacientului de a participa la programul de recuperare.

Planul va fi implementat cât mai repede posibil și schimbat în funcție de necesitățile apărute. Terapeutul trebuie să mențină o atitudine activă și să fie deschis noilor tehnici și metode, astfel încât să găsească cele mai adecvate combinații ale intervenției terapeutice pentru fiecare pacient.

Recuperarea cu cele mai bune rezultate depinde în mare măsură de **implicarea pacientului** în propriul program de tratament. A-l face să colaboreze este sarcina întregii echipe și a familiei. De la început, **pacientul va fi instruit**, la nivelul său de înțelegere, în legătură cu nevoia de poziționare, importanța exercițiului și mișcării pentru creșterea mobilității. Explicațiile sunt cu atât mai necesare cu cât, de cele mai multe ori, i se cere executarea unor exerciții dureroase sau cel puțin neplăcute.

Terapeutul va începe educarea pacientului prin cunoașterea și înțelegerea lui. Dacă din punct de vedere emoțional pacientul nu este pregătit să audă ce va fi spus, s-ar putea să nu înțeleagă cea mai simplă explicație. Nevoia de informație poate fi legată de vârsta pacientului, de interesele lui și de gravitatea arsurii.

Educarea familiei sau a persoanelor importante din anturajul bolnavului este la fel de importantă. Li se vor oferi instrucțiuni simple și oportune în legătură cu modul în care îl pot ajuta pe pacient, făcând câteva demonstrații necomplicate în ședințe practice, la care se pot adăuga informații scrise. Instruirea timpurie a familiei legată de importanța terapiei va conduce la scăderea anxietății acesteia la externarea bolnavului.

Implicarea **terapeutului ocupațional** în recuperarea pacientului ars începe în prima zi și continuă, uneori, mult timp după externare. El se va ocupa de poziționarea bolnavului, aplicarea atelelor, imobilizarea după grefare, aplicarea pansamentelor pentru presiune etc. Terapeutul ocupațional este printre primii care îl vor ajuta pe pacient să înțeleagă că procesul de recuperare va dura, dar va

menţine o atitudine pozitivă, fără a omite semnalarea unor posibile complicaţii. O trecere în revistă a unor pacienţi care au fost ajutaţi anterior şi prezenţa acestora poate avea un efect pozitiv, de susţinere.

Implicarea timpurie în activităţile zilnice este importantă din punct de vedere psihic şi fizic. Abilitatea de a îndeplini sarcini aparent simple (spre exemplu, a mânca) poate avea beneficii imediate în construirea încrederii de sine, a stimei de sine. Activităţile care pot fi obiectiv măsurate şi realizează un feed-back imediat vor dezvolta abilitatea de a-şi monitoriza singur propriile progrese. Maximizarea independenţei este una din cheile succesului.

Treptat, vor fi incluse în program **exerciţiile fizice**. Ele sunt diverse, adecvate nevoilor pacientului, executate în scopul menţinerii puterii şi rezistenţei fizice şi promovării independenţei funcţionale. În locul exerciţiilor tradiţionale se poate ţine seama de hobbyul pacientului (golf, tenis etc). Executarea lor frecventă, activă produce cele mai bune rezultate. În timpul exerciţiilor vor fi monitorizate diverse variabile: puls, tensiune, respiraţie, oboseală, durere, coordonare etc. Este important să se facă o evaluare zilnică a situaţiei.

Pe măsură ce pacientul devine mai independent creşte motivaţia sa şi mândria realizărilor, deci va creşte stima de sine. Cu cât are mai mult control asupra rezultatelor, acesta are mai multă voinţă de a-şi asuma responsabilitatea propriului program şi devine apt să-şi atingă scopurile.

Un program psihoterapeutic recuperator centrat pe psihotrauma post-arsură[1]

Prezentăm în continuare structura şi rezultatele unui program psihoterapeutic aplicat de P. Constantin (1996-1997) în cazul a doi pacienți, cu nivel de pregătire cel puțin mediu. Ei au beneficiat de asistență pe o durată de aproximativ 2 luni (16 şedințe), într-un ritm de aproximativ două pe săptămână.

• Etape terapeutice. Obiective. Tehnici. Efecte

A. Evaluare.

Cunoaşterea subiectului prin stimularea eforturilor de «autodezvăluire» sub toate aspectele (trebuințe, aspirații, pretenții, concepții, situație familială).

Obiective: stimularea capacității de autocunoaştere, autoobservare, autoevaluare; evidențierea unor simptome disfuncționale.

Tehnici: Am folosit metoda **interviului** centrat pe evidențierea unei suferințe psihologice în urma evenimentului psihotraumatizant şi evaluarea gradului de afectare a vieții pacientului pe diverse niveluri. Interviul s-a desfăşurat în etape succesive şi a avut o valoare cathartic-psihoterapeutică (aproximativ cinci şedințe). Observarea conduitei expresive a pacientului în raport cu cele relatate (mimică, gesturi, pauze, ton, tensiune afectivă etc.) a completat datele obținute. Pentru o evaluare obiectivă a conduitei pacientului am desfăşurat în paralel interviuri cu familia şi colegii/prietenii pacientului.

Efecte: descărcare cathartică şi detensionare.

---

[1] Programul a fost conceput de noi şi aplicat de Constantin Paula sub directa noastră coordonare şi supervizare («Aspecte psihologice şi sociale asociate leziunilor de arsură», Lucrare de licență, Universitatea Bucureşti, 1997).

B. Stimularea autoconştientizării problemelor.

Obiective: conştientizarea de către bolnav a comportamentelor maladaptative, analiza problemelor (de când au apărut şi în ce situaţie, care sunt reacţiile cognitive, corporale şi comportamentale ale pacientului, ce crede el despre imaginea de sine, atitudini şi comportamentul celorlalţi faţă de el, factori care îmbunătăţesc/ înrăutăţesc situaţia), explorarea avantajelor şi dezavantajelor schimbării/menţinerii comportamentului actual.

Tehnici: analiză cathartică, decatastrofizare, exagerare deliberată, reatribuirea responsabilităţii pentru acţiuni şi consecinţe.

Efecte: creşterea puterii pacientului de verbalizare şi nuanţare a stărilor emoţionale asociate traumei arsurii.

C. Formarea şi educarea comportamentului în sensul compatibilizării cu cerinţele.

Obiective: reanalizarea situaţiei, a propriilor atitudini, aşteptări, trebuinţe, cu centrare pe probleme specifice (familiale, loisir, integrare profesională etc.); clarificarea unor trebuinţe şi motivaţii cu privire la relaţionare percepute eronat sau distorsionat; corectarea unor imagini, expectaţii, aspiraţii, formule de comportament în sens adaptativ; clarificarea capacităţii individului de acceptare, restructurarea modelului de expectanţă; identificarea comportamentului care trebuie schimbat, discutarea unor soluţii alternative variate şi evaluarea lor.

Tehnici comportamentale: repetarea, modelarea comportamentului prin joc de rol, inversarea rolurilor, dezvoltarea abilităţilor de relaţionare, antrenament asertiv.

Efecte: creşterea capacităţii de autocunoaştere şi autoacceptare, creşterea mobilităţii relaţional-adaptative; stimularea potenţialului de recuperare personală.

D. Transformarea comportamentului prescris în conduită uzuală.

Obiective: ameliorarea nivelului de funcţionalitate şi interacţiune, reducerea sentimentelor de frustrare, îmbunătăţirea

unor calități și dezvoltarea altora noi, creșterea inițiativei de contact social și afirmativitate.

Tehnici: expunere gradată la situații potențial stresante de contact social, planificarea activității, planificarea petrecerii timpului liber.

Efecte: reducerea izolării sociale, singurătății, a sentimentelor de inadecvare și inutilitate socială, reducerea sentimentului de a fi diferit, acceptare de sine și concentrare pe calități, creșterea adecvării sociale, îmbunătățirea relațiilor cu familia prin creșterea comunicării, scăderea conflictelor, prevenirea scindării relațiilor conjugale.

- **Exemplificare cazuistică**

Cazul I

E.C. o tânără farmacistă de 27 de ani din București care se internează în martie 1996, la un an de la arsură, pentru chirurgie reparatorie la nivelul mâinilor. Pacienta este necăsătorită, pensionată pe caz de boală, nu prezintă desfigurare, ci doar **arsură vizibilă la nivelul mâinilor**, cu care nu poate efectua o serie de mișcări.

Interviuri repetate cu pacienta și interviuri paralele cu membrii familiei au condus la obținerea de informații despre trăsăturile de personalitate ale pacientei, istoria psihosocială anterioară, gânduri și aspirații, dorințe etc.

Bolnava prezenta următoarele **simptome psihice, post-traumatice**: tristețe, nemulțumire, apatie, pesimism, inhibiție în relațiile cu ceilalți, nesiguranță în luarea unei hotărâri, neîncredere în sine.

Programul terapeutic a durat două luni (trei ședințe pe săptămână) și a avut ca obiective diminuarea stării de deprimare, creșterea încrederii în sine și a sentimentului valorii personale, creșterea numărului de contacte sociale, reorientarea profesională.

Tehnici utilizate: examinarea avantajelor și dezavantajelor menținerii/schimbării comportamentului actual și clarificarea câștigurilor primare și secundare; training asertiv; evaluarea nivelului

abilităţilor sociale şi ierarhizarea scopurilor interacţionale pe care vrea să le obţină; antrenarea calităţilor sociale pentru modelarea unui comportament adecvat.

Rezultate: treptat s-a redus depresia, s-a îmbunătăţit imaginea de sine, pacienta a devenit mai optimistă şi mai activă, a reluat contactul cu prietenii din facultate, cu care îşi propune să petreacă o parte din timpul său liber. La aproximativ două luni de la externare s-a angajat bibliotecară.

Menţionăm că nivelul cultural-educaţional ridicat al pacientei a influenţat hotărâtor efectul psihoterapiei.

Cazul II

G.D. este o tânără internată pentru a noua oară pentru chirurgie reconstructivă în urma arsurii (veche de 4 ani) care a desfigurat-o.

- **Etape terapeutice**

a. **Stabilirea legăturii terapeutice**

Abordarea clientei este dificilă, aceasta nedorind să vorbească despre accident şi despre cicatricile sale. Neagă simptome de anxietate, izolare şi sentimente negative, deşi este vădit marcată psihologic.

După trei şedinţe în care bolnava încearcă să reziste vorbind despre orice altceva, evitând gândurile care îi provoacă sentimente neplăcute, treptat ea începe să se simtă în siguranţă în cadrul terapeutic, vorbeşte despre sentimentele şi modul ei de viaţă după accident, păstrând însă devierile de la subiect când se atinge un punct nevralgic (mecanisme inconştiente de apărare).

Am încercat să clarificăm împreună regulile şi formulele după care trăieşte, concepţia despre sine, prin descrierea unor variate situaţii de viaţă. Am constatat prezenţa următoarelor simptome:

- **în plan afectiv**: tristeţe şi nemulţumire; proastă dispoziţie generală; sentimente de nesiguranţă şi inadecvare; pesimism;
- **în plan comportamental**: izolare severă (nu părăseşte casa decât noaptea pentru a scurtă plimbare); reducere drastică a contactelor sociale (admite în preajmă doar familia); vede

pretutindeni potențiali critici; prin contrast, în spital se simte bine, nu are sentimentul de a fi diferită, nu se simte subiect de discuții;

• **în plan cognitiv**: gândire dihotomică centrată univoc negativ; pierderea capacității de evaluare rezonabilă a realității și neacceptarea propriei imagini de sine (autorespingere).

b. Stabilirea obiectivelor principale ale terapiei

Am examinat împreună rolul izolării în viața ei, listând avantajele și dezavantajele. Am stabilit faptul că este dezirabil să-și schimbe modul de gândire și comportamentul. Ea este de acord că nu poate să continue mult timp să-și ducă viața în acest mod.

Își exprimă dorința de a avea o slujbă, prieteni, de a ieși fără să se teamă de privirile altora, dar este convinsă că nu are nevoie de acest lucru acum și că are mai mult de câștigat din menținerea comportamentului actual. Îi este dificil să îndure sentimentul de jenă și posibilă marginalizare. În realitate se simte nefericită și incapabilă să schimbe ceva. În acest moment, renunță la întâlnirile noastre.

c. Concluzie:

Acest caz este o dovadă a faptului că un model disfuncțional de gândire și comportament este mai dificil de modificat după ce s-a **dezvoltat și stabilizat** (în 4 ani de evoluție). În consecință, terapia are mai multe șanse dacă este instituită precoce, imediat după producerea impactului traumatic. Astfel, imaginea de sine negativă se structurează, iar inactivismul, autoblamul și izolarea sunt neresponsive la psihoterapie.

Dependența biologică - bolnavii hemodializați

• Probleme psihologice

Insuficiența renală cronică rezultă din scăderea capacității funcționale a rinichilor, datorită leziunilor organice ireversibile. Există trei tipuri de tratament care pot fi acordate: hemodializa, dializa peritoneală și transplantul renal.

Una dintre problemele majore cu care se confruntă bolnavul hemodializat este pierderea rolului social, cu toate implicaţiile pe care le presupune aceasta. Alterarea capacităţii de muncă are implicaţii atât asupra vieţii sufleteşti a bolnavului, cât şi asupra situaţiei sale economice.

În ceea ce priveşte componenta psihologică, consecinţele acestei invalidităţi vizează **sentimente de devalorizare, identificarea cu boala** ca urmare a tratamentului de hemodializă care-i jalonează timpul, **inhibarea oricărei iniţiative**.

Boala determină o devaluare subtilă a persoanei umane, ea expunând omul unui proces care pare a-i răpi demnitatea şi capacitatea de reafirmare. Boala cuprinde în sine cele mai concrete trăsături ale suferinţei, orice mistificare a durerii dispare pentru a lăsa loc unei dureri palpabile. Maladia îşi are centrul de greutate în chiar Eul pacientului. Este resimţită ca o cădere iremediabilă, ca o pierdere a prestigiului, ca o deposedare.

Atenţia psihologilor, psihoterapeuţilor, asistenţilor sociali a fost îndreptată asupra noţiunii de calitate a vieţii bolnavului hemodializat. Extrem de importantă pentru aprecierea drept calitate bună a vieţii este restabilirea capacităţii de muncă (C. Iureş, 1998).

Bolnavii cu insuficienţă renală cronică sunt expuşi la o gamă largă de stresuri, cu repercusiuni asupra stării lor psihice. Strain şi Grossman deosebesc opt categorii de stresuri psihologice:

- **Ameninţarea privind autorespectul şi integritatea.**

Bolile cu debut acut, spitalizate şi teama de moarte modifică crezul interior al individului conform căruia ar fi indestructibil şi stăpân pe destinul său. Dacă boala are o evoluţie favorabilă, acest stres se va diminua odată cu ieşirea bolnavului din spital. În bolile cronice însă, stresul persistă cu atât mai mult cu cât boala este mai gravă, necesitând un tratament ambulator susţinut.

• **Anxietatea față de separare.**

Pacientul devine anxios datorită separării de persoanele apropiate odată cu pătrunderea în mediul spitalicesc. Când un pacient se internează, simte că şi-a pus viața în mâinile unui grup de necunoscuți, cu care nu are legături personale şi care poate sau nu poate fi capabil de a-şi asuma responsabilitatea supraviețuirii sale. În acest mediu spitalicesc, unde-şi petrece o bună parte din viață, bolnavul vede în jurul său alți pacienți bolnavi ca şi el sau chiar decese, ceea ce îi aminteşte de propria lui moarte.

• **Frica de a pierde dragostea şi acceptarea familiei şi prietenilor.**

Pacientul renal se teme de pierderea dragostei şi a respectului, deoarece ştie că suferă de o boală debilitantă, că este incapabil de a se reîntoarce la muncă. De asemenea, îi este teamă că dependența sa pasivă de ceilalți ar putea crea dezaprobarea sau oboseala familiei şi a prietenilor.

• **Frica de a pierde controlul asupra funcțiilor fizice sau mentale.**

Afecțiunile severe pot temporar distruge funcțiile fizice şi mentale anterior stăpânite. Unii pacienți se plâng de pierderea acestor funcții şi rămân convinşi, în ciuda asigurării contrariului, că ei nu le vor recâştiga niciodată. Pentru pacientul renal cronic această teamă devine de multe ori o realitate.

• **Frica de afectarea unor părți corporale.**

Odată cu internarea pacientului în spital, corpul său devine „proprietatea” medicilor săi. Sângele său este drenat, este supus şi expus la probe. Aceste proceduri spitaliceşti necesită ca pacientul să-şi asume un rol pasiv-supus față de doctor, ceea ce împinge spre exacerbarea fricii.

• **Frica de persoane necunoscute** derivă de asemenea din dependenţa bolnavului de un grup de necunoscuţi, care poate sau nu poate reprezenta un suport pentru buna sa funcţionare fiziologică.

• **Frica de neacceptare în societate.**

Boala cronică, cu toate evenimentele pe care le implică, poate influenţa formarea relaţiilor interpersonale şi calitatea lor. Bolnavul se simte amprentat de o realitate dezavantajoasă, care poate genera o respingere socială. Cu cât despărţirea de prieteni şi rude sau izolarea sa este mai mare, cu atât se accentuează sentimentul de a nu mai putea să restabilească legăturile.

• **Frica de durere**

Această teamă de durere se asociază tuturor stresurilor menţionate anterior. La pacientul vulnerabil, fiecare din aceste stresuri poate constitui o experienţă dureroasă şi invers, durerea poate creşte amplitudinea fiecăruia dintre aceste stresuri. De multe ori bolnavul renal cronic, reîntors din spital, este pus în faţa realităţii că performanţa sa este scăzută, iar mecanismul de defensă (negarea) care i-a servit când era spitalizat nu mai este adecvat, împiedicându-i adaptarea. Acei bolnavi care îşi neagă boala sau care nu-şi recunosc limitele şi care depun eforturi pentru menţinerea unei aparenţe de bunăstare în condiţiile stării lor fizice precare, îşi construiesc un stres cronic.

Pe lângă acestea, bolnavul cu insuficienţă renală cronică mai este expus şi la alte surse de stres: restricţii dietetice şi de mişcare, dependenţa de familie şi de echipa nefrologică, iar dominantă peste acestea toate este frica de moarte. Au sentimentul pierderii autorespectului, la care se adaugă lipsa vitalităţii şi energiei, lipsa de speranţă, sentimentul de neajutorare, complexe de inferioritate. Pe linie cognitivă, bolnavii tind să creadă că ar putea surmonta anumite situaţii negative şi neprielnice şi să le transforme în condiţii favorabile. În componenta afectivă însă, se produce sentimentul de neajutorare, anxietate, apatie, depresie. Bolnavii căsătoriţi, fără vlagă,

prezintă mai puține modificări psihologice negative în comparație cu pacienții necăsătoriți.

Dintre factorii de stres, Kaplan De Nour îi menționează pe următorii:

- dependența de programul terapeutic, de hemodializă și de membrii familiei;
- restricții de dietă și de ordin social;
- pierderea funcțiilor organismului (diureză, activitate sexuală, apariția unor complicații metabolice, teama de moarte).

Apar irascibilitatea, insomnia, tremurul, modificări senzoriale, apatia, astenia, diminuarea concentrării atenției, sentimentul de vinovăție, dorința de moarte și intenția de suicid.

În ceea ce privește imaginea de sine a pacienților cu insuficiență cronică renală, este foarte relevant un studiu realizat de către S. Basch și colaboratorii săi. Utilizând un test proiectiv simplu, punând bolnavii să deseneze o casă, un copac sau o persoană, autorii au constatat dezorganizare, vulnerabilitate și regresie. Tulburările sexuale au fost indicate în desenarea corpului uman prin elemente proiective specifice (exemplu: domină lipsa unei părți din corp).

N. Wolf, utilizând metoda proiectivă a desenului, arată că, rugați fiind să deseneze aparatul de dializă și asistenta, acestea au fost schițate supradimensional, în timp ce figura umană a fost redată mică, neînsemnată. Aparatul de dializă este redat cu multe detalii și părți componente, în timp ce bolnavul este doar schițat. Supradimensionarea aparatului de dializă demonstrează dependența totală și importanța acordată acestuia. Adesea bolnavul este desenat cu fața întoarsă de la aparat, ceea ce denotă neacceptarea în esență a situației de dependență.

• Perspective terapeutice

În cazul insuficienței renale cronice nu se pune problema vindecării bolii cronice printr-o psihoterapie, dar prin intervenții psihologice poate fi atenuat impasul psihologic inerent bolii. S-a putut constata faptul că la bolnavii aflați sub o puternică stare de

stres în timpul zilei de hemodializă, se înregistrează rezultate riscante şi agravante din punct de vedere medical.

Psihoterapia suportivă este suficientă, adecvată şi recomandată persoanelor bolnave, vulnerabile la anxietate, depresie şi la consecinţele acestora, şi ale căror resurse de rezistenţă sunt diminuate în tot acest context. Psihoterapia suportivă oferă persoanei un spaţiu securizant şi odihnitor, în cadrul căruia persoana poate să exploreze aspectele acestor conflicte, să testeze posibilele soluţii sau în interiorul căruia poate aduna forţa interioară de a lua decizii potrivite pentru rezolvarea conflictelor.

Boala operează schimbări ale statutului social şi, de aceea, pacienţii pot uneori să experimenteze rejecţia socială. Psihoterapia suportivă ajută persoana bolnavă în a explora realităţile acestor experienţe dificile, ca şi semnificaţiile sau interpretările pe care le dă acestora.

De aceea, psihoterapia nu vizează doar tratarea sindroamelor psihopatologice (depresie, anxietate, dependenţă), ci şi **ameliorarea calităţii vieţii** (idem, op. cit.).

În general, tratamentul psihologic nu are în vedere formele clasice ale psihoterapiei (ca psihanaliza, terapia cognitiv comportamentală etc.), ci forme variate de **psiho-socio-terapie**, având ca obiectiv ameliorarea disfuncţionalităţilor menţionate.

Este vorba de o intervenţie indirectă, în care se implică o echipă terapeutică (psihiatru, psiholog, asistent social) şi care acţionează prin intermediul şi prin modelarea altei echipe, medicale, cea care tratează direct pacientul. Această intervenţie reuneşte ergoterapeuţi, socioterapeuţi, kinetoterapeuţi.

Pacientul anxios, agresiv şi necooperant induce personalului o atitudine similară, de iritare şi agresivitate, de enervare şi rejecţie, creându-se astfel un cerc vicios. De asemenea, starea depresivă şi apatică a pacientului, negarea «oficială» a stării de boală sau a gravităţii acesteia, se pot conjuga cu epuizarea personalului, care se manifestă şi el prin apatie şi dezinteres.

Programele de terapie psihologică pentru menținerea unei **stări psihice echilibrate la personal** au în vedere discutarea în echipă a problemelor şi cazurilor. Aceste discuții care se desfăşoară de mai multe ori pe săptămână, se realizează după **modelul grupurilor Balint** şi al **psihoterapiei de grup (neanalitică)**. Acest model de psihoterapie în grup a echipei terapeutice, centrat pe discutarea cazurilor şi a reacțiilor la problemele acestora, este larg utilizat în serviciile clinice.

Privitor la acest ultim aspect, s-a constatat că ceea ce epuizează mai mult personalul sunt relațiile intercolegiale, întreg departamentul de terapie pentru bolnavi renali fiind caracterizat **prin comportamente tensionale** şi un **mare potențial agresiv.**

Programul psihoterapiei pentru bolnavii dializați are în vedere: **creşterea independenței şi inițiativei, combaterea pasivității şi depresiei, controlul agresivității**. Un alt aspect important este corecta informare a pacientului asupra bolii, asupra stadiului acesteia, asupra posibilităților terapeutice etc.

Pe de altă parte, pacientul poate fi inițiat în tehnici de relaxare psihocorporală (de exemplu, antrenamentul Schultz). Totodată trebuie stimulată atitudinea activă, atât în ceea ce priveşte interesele, preocupările, cât şi exercițiile fizice. Este necesar totuşi, cu toate condițiile restrictive ale tratamentului, ca forța muşchilor să fie bună sau să crească, iar subiectul să fie convins că poate realiza performanțe psihofizice mulțumitoare.

Se preconizează pe lângă **discuții terapeutice în grup**, şi **psihoterapie individuală scurtă**, de aproximativ zece şedințe, centrate pe situația şi problemele particulare ale subiectului, pe posibilitățile sale de control al comportamentelor distructive sau autodistructive, pe creşterea complianței pentru tratament şi a autonomiei personale.

În general, terapiile psihologice în contextul dializei sunt ghidate pe următoarele direcții:

- implicarea «psihoterapiei de legătură», adică a intervenției unei echipe psihiatrice (psihoterapeut, asistent social, psiholog etc.),

care activează în mare măsură prin intermediari, prin membrii echipei terapeutice nefrologice şi ai familiei;

- intervenţii psihoterapeutice obligatorii asupra personalului departamentului de hemodializă;

- intervenţii psihoterapeutice asupra pacienţilor (în grup şi individuale) pentru ameliorarea trăirii schemei corporale, creşterea încrederii în sine şi a autorespectului, combaterea regresiei, negării, depresiei, anxietăţii şi a noncomplianţei şi creşterea autonomiei personale;

- vizarea psihoterapeutică a familiei, a relaţiilor în cuplu, a menţinerii pe cât posibil a relaţiilor sexuale şi a păstrării unei calităţi acceptabile a vieţii.

Capitolul IV

Experienţa pierderii şi terapia durerii la copii

Pierderi aşteptate versus **pierderi neaşteptate**

Definim **pierderile aşteptate** ca fiind acele pierderi conştientizate şi pentru care te poţi pregăti în avans. **Pierderile neaşteptate** sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Vom încerca să luăm în discuţie toate aspectele pierderii şi durerii aplicate la copilărie, recunoscând natura unică a acestei suferinţe. Cu siguranţă că profunzimea experienţelor durerii diferă de la un caz la altul. Încă de la naştere copilul experimentează schimbări cauzate de separaţie şi pierderea unui anumit model de dezvoltare. După naştere urmează şi alte asemenea modificări, în funcţie de stadiile de dezvoltare. Probabil că cele mai pregnante schimbări se produc la pubertate (Lendrum şi Syme, 1992), schimbări esenţiale trecerii spre maturitate, o sursă a distresului pentru mulţi copii. Copiii au nevoie de sprijin din partea adulţilor, faţă de care manifestă un puternic ataşament şi care îi pot ajuta să rezolve sentimentele de pierdere implicate în asemenea situaţii. Atunci când se instalează un oarecare confort, acesta va reprezenta un fundament pentru ca ei să poată face faţă viitorului. Multe pierderi nu sunt recunoscute şi nici apreciate la adevărata lor valoare. Schneider (1994) arăta că **jelirea şi tristeţea pot afecta dezvoltarea normală, alterând aşteptările individului şi percepţia sa asupra lumii sau, dimpotrivă, pot mări oportunitatea pentru creşterea şi rezolvarea altor experienţe.**

Studiile lui Bowlby (1971, 1973) arată că în primele şase luni de viaţă, copiii dezvoltă un ataşament special faţă de persoanele care îi îngrijesc. De asemenea, experimentează reacţii dureroase speciale, mai ales dacă are loc separarea lor de obiectul ataşamentului. **Copiii sunt capabili să rezolve pierderile dacă au o relaţie de securitate rezonabilă cu proprii părinţi înainte de apariţia pierderii, dacă primesc informaţii prompte şi clare despre pierdere, dacă li se permite să participe la durerea familiei.**

Pierderea copilului **diferă** de pierderea adultului în multe modalităţi. Din punctul de vedere al dezvoltării personalităţii, copiii sunt mai puţin pregătiţi să se confrunte cu pierderea. Experienţa şi deprinderile lor cognitive sunt limitate, iar abilitatea lor de a da un anumit sens experienţelor este redusă. De asemenea, au un control redus asupra circumstanţelor în raport cu adulţii, depind de ceilalţi, sunt primii care recunosc faptul că se află în suferinţă, anticipează şi cer îndeplinirea nevoilor. Uneori, **suferinţa lor poate fi minimalizată şi considerată inexistentă de către adulţi.** În cazurile în care durerea nu este înţeleasă, durerea experimentată de către copil nu este interiorizată şi asumată, el încercând să nege procesul de jelire care îl face şi mai capabil să rezolve durerea.

Apar evenimente care au inevitabil rezultate dureroase şi care au nevoie să fie înţelese şi depăşite. Schimbarea şcolii, mutarea într-o altă casă, apariţia unor probleme serioase cum ar fi hospitalism sau moartea unui prieten drag – sunt numai câteva exemple de **pierderi experimentate de către copii** în timpul vieţii. Chiar şi naştere unui nou frăţior poate fi resimţită ca o pierdere a poziţiei de copil unic şi a avantajelor care decurg din aceasta. Factorul comun în toate aceste situaţii este dat de **teama de a pierde ataşamentul şi dragostea părintească.** Fiecare copil a suferit un anumit tip de pierdere în timpul copilăriei sau chiar, în anumite cazuri, pierderi multiple (divorţ, decesul bunicii, schimbarea şcolii). **Pierderea mediului familial stabil** înseamnă şi o mulţime de alte pierderi, ca: nevoia de a schimba casa sau şcoala, pierderea contactului cu alţi membri ai familiei şi chiar pierderea animalelor preferate. **Toţi copiii, inclusiv cei care nu arată semne**

evidente de durere, au nevoie de suport şi de îngrijire din partea adulţilor în validarea sentimentelor şi încorporarea pierderilor în rândul experienţelor de viaţă. Acolo unde există violenţă sau abuz, efectele asupra copilului necesită intervenţia imediată a unui specialist.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separaţie. Copiii pot experimenta un întreg nivel al pierderii interioare **ca pierderea identităţii, confidenţei sau stimei de sine. Este vital pentru un copil ca aceste pierderi să fie recunoscute sau să fie luate în serios.** În timpul adolescenţei, majoritatea se confruntă cu stres specific cauzat de modificările corporale, ale relaţiilor, imaginii de sine, identităţii sexuale şi aşteptărilor parentale. Nu este surprinzător că aceşti factori, combinaţi cu creşterea independenţei şi a retragerii graduale de sub influenţa parentală, **îl poate pune pe adolescent în situaţia de a fi copleşit de sentimentele de pierdere şi insecuritate.** Adolescenţii experimentează puternic aceste sentimente, se tem de pierderea controlului asupra propriilor emoţii şi, deseori, **maschează reacţiile prin diverse strategii:** activitate sexuală crescută, relaţii conflictuale cu cei din jur etc. (Dyregrov, 1991).

În multe situaţii pierderile pot fi anticipate. Ca o parte a însuşi procesului de dezvoltare stadială, copiii se pregătesc pentru viitor. **Pregătirea copiilor pentru pierderi** înseamnă capacitatea de a le spune "la revedere" şi dezvoltarea unor strategii de a le face faţă. Atunci când copilul este prea mic pentru a anticipa pierderea, munca de dezvăluire poate fi făcută de către adulţii din jurul acestuia. Copiii pot fi introduşi în problematica pierderilor prin discuţii şi chiar folosind cărţi sau alte surse. Experienţe ca începerea şcolii, naşterea unui frăţior, moartea unui bunic necesită o **pregătire specială. Pierderile neaşteptate sunt mult mai dificil de rezolvat pentru copii.** Deseori sunt asociate cu evenimente **traumatice** şi chiar adulţii consideră dificil a le face faţă. În cazul morţii neaşteptate, Dyregrov (1991) atrage atenţia asupra distincţiei care trebuie făcută între efectele cauzate de natura traumatică a morţii şi reacţiile dureroase. Wolfelt (1992) descrie câteva **mituri** comune referitoare la durere: durerea unui copil este de scurtă durată; experienţa durerii şi jelirii poate fi predictibilă; scopul ajutorului

acordat copiilor este depăşirea durerii şi jelirii. Autorul menţionează faptul că **fiecare copil răspunde la durere într-o modalitate personală.** Nu există o cale unică pentru jelire şi nici o formulă unică de parcurgere a procesului dureros. Există totuşi **reacţii comune experimentate de majoritatea copiilor aflaţi în suferinţă.** Reacţiile imediate includ: **şoc, negare, protest, apatie.** Pierderii iniţiale îi răspund de regulă prin **negare,** crezând că prin această modalitate pot ţine durerea la distanţă. Fixarea acestei atitudini poate produce neplăceri îngrijitorilor şi este recunoscută ca fiind un mecanism de apărare incapabil să ajute copilul să-şi rezolve propria durere. Există şi copii care răspund la pierdere printr-o **disperare imediată** şi care nu poate fi eliminată atât timp cât obiectul durerii reapare (Dyregrov, 1991). Pe lângă aceste patternuri comune, gama manifestărilor include o mare varietate de reacţii: anxietate, tristeţe, vinovăţie, ruşine, dezorganizare, tulburări de somn şi simptome fizice (Wells, 1988). Unele reacţii nu apar în mod clar şi de aceea pot fi interpretate în mod greşit sau incomplet înţelese de către aparţinători şi îngrijitori. Chiar şi în cazurile în care este evidentă pierderea suferită de către un copil, cu greu se poate admite ideea că un anume tip de comportament al acestuia este consecinţa durerii.

Fiecare copil experimentează în mod unic o varietate de gânduri, sentimente şi comportamente. În funcţie de aceasta se nasc şi **anumite nevoi:** reasigurare acolo unde situaţia o face posibilă, răspunsuri oneste la întrebările legate de pierdere, recunoaşterea problemei şi asigurarea că a fost luat în serios, suport emoţional pentru eliminarea disconfortului(anxietate, frustrare, îndoială, vinovăţie, disperare, singurătate, insecuritate), să fie ajutat să-şi exprime jalea într-o modalitate apropiată sufletului său, să participe la ceremoniile familiale în cazul în care pierderea include întreaga familie, să fie ajutat să plângă, să depăşească în timp aceste pierderi şi să-şi recapete bucuria de trăi.

Fazele durerii şi reacţiile comportamentale caracteristice la copii

Fiecare experienţă dureroasă este unică. Fiecare proces dureros prin care trece copilul include **trei faze:** durerea **de început,**

durerea **acută** şi durerea **subsidiară.** Fazele urmează una după alta şi includ, la rândul lor, mai multe componente.

La fel ca adulţii, copiii trec prin aceste faze la fiecare pierdere suferită, oricât de minoră ar putea fi aceasta. Pentru că expresia durerii fizice şi a celei sufleteşti în cazul copiilor diferă de cea a adulţilor, este important ca cei care lucrează în munca de consiliere cu aceştia să recunoască reacţiile lor comportamentale, pentru a găsi cea mai bună modalitate de răspuns. S-a constatat că acei copii care primesc sprijin din exterior vor trece mai uşor şi mai sănătos prin pierdere şi chiar mai productiv pentru varietatea sentimentelor exprimate.

În cazul **durerii de început** (timpurii) **cele mai comune reacţii includ negarea** (disocierea, hiperactivitatea, iritabilitatea, protestul), **alarma şi panica.** Toate aceste reacţii pot determina stres şi iritabilitate.

Conştient sau inconştient, **negarea** este un mecanism care ajută la prevenţie, evitare şi reducerea anxietăţii. Ajută la suprimarea acelor emoţii care ne fac să ne simţim vulnerabili, la conservarea energiei necesare următoarelor faze.

În această fază nu este un lucru neobişnuit ca pentru câteva momente pierderea să fie pur şi simplu uitată. Un efect al pierderii îl reprezintă **disocierea.** Mulţi copii par a se mişca prin viaţă pur şi simplu ca nişte roboţi, zâmbind şi răspunzând unor iluzii. Ei spun că se simt ca şi cum n-ar fi în contact cu ei înşişi. Această experienţă de disociere poate de la câteva ore până la câteva luni. Este posibil ca în această perioadă copilul să arate foarte puţin interes pentru tot ceea ce este în jurul său, să pară rupt de realitate, suspendat în timp şi spaţiu, să evite conversaţiile şi orice contact interpersonal, să se retragă din activităţile sociale.

Regresia este o altă caracteristică ce poate însoţi durerea. Regresia poate include de asemenea manifestări mai speciale: lovituri, muşcături, murdărirea hainelor, creşterea activităţii orale (îşi sug degetele sau păru, îşi muşcă hainele, creioanele).

Unii copii pot exprima faptul că au nevoie **de mai multă securizare** devenind **mai posesivi** decât de obicei **sau chiar**

furând. Regresia copiilor îi determină adesea pe adulţi să fie îngrijoraţi, temându-se de faptul că modificările circumstanţiale în sfera comportamentului s-ar putea permanentiza. Pe cât de iritabil ar putea fi răspunsul de acest gen al copilului, nu este, de obicei, o alegere conştientă a acestuia. **Stresurile majore,** cum ar fi **moartea unui părinte** sau **divorţul** părinţilor **pot determina comportamente regresive** care pot dura câteva luni de zile, apărând în mod recurent şi cu potenţial de repetare chiar şi la intervale de câţiva ani, când ceva reînvie experienţa pierderii. Odată ce copiilor li se permite să-şi exprime supărările şi să facă unele reajustări necesare, ei revin de obicei la nivelul de echilibru anterior. **Regresia poate fi o parte a procesului de vindecare după pierdere, pentru marea majoritate a copiilor.** Deşi nu trebuie să fie duri cu copilul, totuşi părinţii trebuie să îşi impună deciziile cu fermitate. Adulţii care se tem că prin comportamentul regresiv copilul poate deveni penibil în preajma altor copii, pot cere acestuia să restrângă comportamentele respective la mediul privat al casei. După o perioadă rezonabilă de timp, vor putea cere copilului să îşi reajusteze comportamentele la cele potrivite cu vârsta, concentrându-se pe câte o activitate care să ajute copilul să îşi asume încet actele şi responsabilităţile anterioare.

Este important să se stabilească expectaţii ţi perioade de timp corecte. Se poate apela la **terapia prin joc de scurtă durată,** dându-i astfel copilului posibilitatea să se comporte în virtutea regresiei comportamentale pe care o manifestă. În acelaşi timp, adultului i se oferă posibilitatea să găsească modalităţi de comunicare mai uşoare cu copilul, astfel încât problemele legate de pierdere să fie discutate, fără ca adultul să fie implicat într-o situaţie stresantă.

Copiii cu un părinte absent pot nega realităţile circumstanţiale care au generat pierderea şi **refuză** să creadă că părintele nu mai este disponibil pentru ei. Ei se pot bucura de amintirile pe care le au cu părintele respectiv, pot privi poze, scrisori, într-un mod obsesiv uneori. Pot merge până într-acolo încât sunt capabili de orice compromis, numai să-şi vadă părintele sau să îl sune la telefon.

Pot învinui în mod furios pe cel care îi îngrijește sau pe alții pentru absența părintelui pierdut. Atunci când adultul care îngrijește copilul se simte la un moment dat sub nivelul adultului dinaintea sa, poate avea parte de reacții extrem de neplăcute din partea copilului și care pot fi depășite cu mare dificultate. Cu toate acestea, deși comportamentul copilului poate determina resentimente sau gelozie din partea adultului implicat, este totuși un semn din partea copilului că poate dezvolta sentimente puternice de atașament, că acceptă să fie îngrijit de cineva și că poate răspunde cu aceeași dragoste.

Distragerea, devierea și hiperactivitatea sunt alte reacții comportamentale la pierdere. După o pierdere, mulți oameni, de toate vârstele, pentru a evita să se gândească la ceea ce s-a întâmplat, pot deveni **foarte, foarte activi.**

Copiilor începe să le displacă să se joace singuri și, ca atare, cer compania altei persoane sau privesc în mod constant la TV, pentru a-și distrage atenția de la ceea ce s-a întâmplat. Sau își pot concentra toată energia în activități școlare, sport, cluburi sau hobby-uri, lucruri care le oferă deopotrivă o activitate care îi ține ocupați și **îi face să simtă competenți.** Unii încep să fie **preocupați de problemele celorlalți.** Adolescenții folosesc adesea **căștile casetofonului sau telefonul pentru a umple timpul liber și pentru a-și bloca reacțiile interioare.** Unii pot începe să recurgă la **alcool sau la droguri,** pentru că acestea îi ajută **să uite** de problemele cauzate de pierderile suferite.

Atunci când se așteaptă de la ei să fie **tăcuți** sau **concentrați,** unii copii pot să asculte sau să danseze **rock,** să se **masturbeze** sau **să cânte și să își vorbească sieși.** În cele mai multe cazuri, aceasta se întâmplă în timpul nopții, dar se poate întâmpla și la școală. Oriunde ar apărea, asemenea comportamente sunt extrem de jenante sau enervante, mai ales atunci când îi împiedică pe ceilalți să se odihnească sau să studieze. Din nefericire, mult prea frecvent atât profesorii, cei care supraveghează copilul, cât și pediatrii, pot decide că aceia care trec prin asemenea faze au nevoie de îngrijire medicală, fără a realiza că este vorba **de o fază normală a exprimării durerii.** Este indicat

un control neurologic, aceşti specialişti fiind mai în măsură să diferenţieze între o stare de agitaţie datorată durerii, care cere timp şi suport, şi deficienţele de concentrare a atenţiei sau tulburările hiperactive care trebuie tratate dintr-o perspectivă pur medicală.

O altă consecinţă a pierderii o reprezintă reacţia faţă de alarmă şi panică. Este firesc pentru oricine să simtă frică faţă de perspectiva pierderii celor pe care îi iubeşte. Adulţii se pot întreba dacă viaţa mai merită trăită, dar cei mai mulţi au învăţat că îşi pot continua viaţa şi după pierderea cuiva de care au depins cândva. Copiii, pe de altă parte, au avut prea puţine experienţe de acest gen sau chiar le-au lipsit în totalitate. Depinzând de alţii, care au grijă de ei, ei sunt mult mai vulnerabili pentru că, fără această grijă, ei pot muri cu adevărat. **Pentru că pierderea cuiva iubit este asimilată unui risc fizic, copilul reacţionează ca şi în cazul unei ameninţări la propria viaţă.** Aceasta poate determina manifestări **somatice** specifice: creşterea pulsului, tensiune musculară, uscarea gurii etc. Aceste reacţii psihologice normale îi pot face să se simtă **anxioşi,** cuprinşi de panică ce poate dura uneori până la câteva ore şi să fie sleiţi de puteri pentru a merge mai departe.

Unii psihologi sunt de părere că **insomnia ce apare după o pierdere majoră** este legată pur şi simplu de **resimţirea pericolului în care se găsesc** (*„Nu pot să dorm pentru că nu sunt sigur că inima mea va mai bate după ce mă trezesc")*. Copiii trebuie reasiguraţi de faptul că propria moarte este ceva mult prea îndepărtat şi că temerile prelungite de această natură nu se pot justifica. În cazul în care copilul este încă foarte anxios, atunci se poate face o examinare medicală, pentru a linişti copilul că totul este în ordine şi nimic rău nu i se poate întâmpla.

Faptul că poate lua cu el la culcare o jucărie sau un animal de care este foarte ataşat îl poate face să se simtă mai puţin vulnerabil. De exemplu, studiile arată că privitul peştilor într-un acvariu produce relaxare şi scăderea tensiunii musculare, ba chiar şi reducerea presiunii sângelui. Împărtăşirea unor gânduri, prezenţa unor gesturi prieteneşti îl vor face pe copil să se simtă acceptat şi îngrijit, mai

mult, îi va demonstra faptul că cineva îşi asumă responsabilitatea pentru viaţa lui, nu numai pentru nevoi şi sentimente.

Anxietatea de separare apare adesea în momentele în care îngrijitorul dispare pentru o perioadă scurtă de timp sau atunci când părinţii hotărăsc să se separe. Acest tip de anxietate poate fi trăit în mod intens, mergând până la coşmaruri. Reacţiile de separare la **copiii mici** pot îmbrăca **forma regresiei** sau a **depresiei** atunci când sunt separaţi de proprii părinţi (îngrijitori), reacţii ce pot persista o perioadă mai îndelungată după ce copilul şi aparţinătorul se reunesc, din cauza temerii copilului că îngrijitorul poate pleca sau ar putea dispărea din nou.

Dacă îngrijitorul copilului se îmbolnăveşte, copilul se teme că acesta se va separa şi că ar putea decide să nu se mai întoarcă la el (Linn, 1990: 25). Părintele nu poate părăsi camera fără a auzi un frenetic strigăt: *„Unde eşti, mamă?"*, iar atunci când merge la toaletă aude imediat copilul vorbind sau ciocănind la uşă. Copiii stau şi ascultă la conversaţiile adulţilor care se axează pe pierdere şi separare. **Răspunsul nonverbal al copilului la întoarcerea mamei de la spital (după o cură) este de ignorare în prima zi** şi, mai apoi, **un zâmbet în ziua următoare, când îi pregăteşte micul dejun.** Anxietatea de separare se manifestă şi atunci când copiii **dorm departe** de îngrijitori sau **când aceştia sunt departe de ei.** În familiile în care unul dintre copii a decedat, ceilalţi fraţi pot să nu mai vrea să meargă la şcoală, iar ataşamentul faţă de un părinte decedat poate crea dificultăţi şcolare de proporţii.

Atunci când părinţii se hotărăsc să petreacă un **sfârşit de săptămână fără copii,** lăsându-i la bunici, **este indicat să se lase acestora un număr de telefon la care pot suna şi vorbi cu ei în orice moment.**

Anxietatea de separare se produce şi atunci când are loc tranziţia de la un îngrijitor la altul. Nu de puţine ori mamele se culpabilizează atunci când trebuie să meargă la serviciu, iar copilul rămâne bocind în urmă. Ce poate fi făcut în asemenea cazuri? Copilul trebuie **reasigurat** în mod absolut că mama se va întoarce după câteva ore. Din când în când, se poate apela şi la telefon, pentru a vorbi

personal cu copilul. Pot fi încurajaţi să vorbească despre rutina zilei şi este extrem de important ca din tonul vocii mamei să reiasă faptul că nimic rău nu s-a întâmplat cu ea. În cazul în care unul dintre părinţi pleacă de acasă pentru câteva zile, copilului i se poate da un calendar în care să bifeze fiecare zi până ce părintele se va întoarce.

Etapa secundară a procesului de jelire include câteva componente: **dor şi căutare; tristeţe, teamă, anxietate vinovăţie şi ruşine; experienţa dezorganizării şi disperării şi, în final, începerea procesului de reorganizare.** Fiecare fază ajută copilul să depăşească pierderea prin acceptarea a ceea ce s-a întâmplat şi prin începerea procesului de refacere şi reaşezare sufletească. Uneori copiii reprezintă o mixtură a acestor sentimente, nefiind ceva neobişnuit ca la un moment dat să predomine o stare, ca mai apoi un alt sentiment să devină predominant. Unii copii se pot simţi copleşiţi de anxietate sau tristeţe, în timp ce alţii, de teamă şi culpabilizare. Chiar dacă aceste sentimente sunt prezente sub formă de mixtură sau în mod succesiv, în procesul de vindecare trebuiesc urmărite şi tratate fiecare în parte.

Cercetările indică faptul că **sentimentele de ambivalenţă şi conflictele interioare contradictorii legate de persoana pierdută complică procesul durerii, extinzând perioada de timp necesară refacerii.** Copiii trebuie să ştie că sentimentele şi reacţiile lor sunt comune şi normale în situaţiile de durere, că reîntoarcerea la creativitate implică durere şi că nu există cale de a scurta toate acestea, întreg procesul trebuind să fie parcurs. Este onest să cunoască faptul că plânsul este o parte a acestui proces şi că trebuie să înţeleagă şi să găsească o modalitate de a-i permite să se producă. Este foarte important pentru copil să simtă că se află în centrul preocupărilor adultului şi că experienţa sa are valoare în ochii acestuia. Mesaje de genul: *„Sentimentele tale sunt importante pentru mine şi-mi voi face timp să le ascult”*, trebuie date cât mai des cu putinţă.

Cel mai important moment este acela al **începerii procesului de refacere şi vindecare.** După o vreme în care au experimentat toate sentimentele şi trăirile normale în asemenea momente, copiii se hotărăsc să revină la o viaţă care să le asigure

creșterea și dezvoltarea personală. Începe parcurgerea drumului bunăstării fizice și psihice. Aceasta înseamnă abandonarea trecutului și **trăirea în prezent și viitor.** Pe acest drum există multe obstacole, greutăți, popasuri, reîntoarceri, dar lucrurile vor evolua într-un sens pozitiv. Are loc **integrarea** celor întâmplate în sfera a tot ceea ce este bun în viața celui care a suferit pierderea.

Refacere și reașezare. Consilierea copiilor (triști, depresivi, temători și agresivi) și a familiilor lor

Majoritatea copiilor care au suferit pierderi mai păstrează în **primele șase luni după pierdere dispoziția de doliu și durere.** Încă se mai păstrează sentimentele de anxietate, furie, plânset lăuntric, iar capacitatea de concentrare și organizare este încă șubredă. Pentru cei mai mulți copii, ajutorul trebuie să sosească înainte ca ei să integreze în mod pozitiv pierderea. Acești copii pot rămâne **furioși sau depresivi** și chiar striviți sub ruinele propriilor pierderi. Sunt fără puterea necesară refacerii și reașezării pe noi fundamente. Unora le lipsește abilitatea de a se implica în relații cu ceilalți și chiar devin preocupați de probleme de sănătate care implică durere fizică. Se pot teme exagerat de mult de singurătate. Pentru copiii aflați în suferință, nimic în afară de eradicarea pierderii nu va aduce confortul adevărat, iar efortul care nu se încununează cu acest rezultat este privit ca nefolositor și chiar poate provoca furie și teamă.

Pierderea conține și o parte **traumatizantă** pentru copil, așa că orice intervenție din partea profesioniștilor trebuie să țină cont de acest aspect extrem de important. Nu este ușor pentru copil să străbată **drumul refacerii și restructurării după pierdere.** Toate tipurile de pierdere cer o perioadă de timp, necesară pentru liniștirea apelor, sau chiar un timp mult mai îndelungat pentru despăgubirile rezultate de pe urma procesului dureros. Este de preferat consultarea unui **specialist în pierdere și separare,** întrucât chiar acei profesioniști care lucrează de mult timp cu copiii se simt depășiți și neajutorați în fața pierderilor traumatice pe care le suportă copiii. **Acest tip de intervenție necesită**

o pregătire şi o practică în domeniul pierderilor, durerii, suferinţei, speranţei şi morţii. Un profesionist fără o asemenea practică se poate simţi confuz, neştiutor, depăşit şi chiar poate înrăutăţi starea sufletească a copilului aflat în situaţii dureroase.

Semnele care sugerează aceste situaţii pot fi: deteriorarea relaţiilor dintre copil şi aparţinător; prezenţa mult mai multor boli sau dureri la copil decât existau în mod obişnuit; activităţile copilului trădează intenţia şi efortul depus pentru a scăpa de anxietate, stres, durere; se simte jenat şi nu vrea să vorbească despre pierdere, evită asemenea subiecte; discuţii superficiale şi indiferente despre durere ţi pierdere; episoade serioase de agresivitate îndreptate împotriva îngrijitorilor, părinţilor, rudelor şi prietenilor; afişarea unor atitudini apatice şi a indiferenţei faţă de moarte. Copiii învaţă unii de la alţii cum să parcurgă experienţele dureroase şi cum să facă faţă dezamăgirilor rezultate de pe urma pierderilor.

Există şi copii care au suferit **pierderi importante,** al căror impact a copleşit toate sferele vieţii, n-au mai fost niciodată experimentate şi nici nu au mai văzut la alţii situaţii de asemenea magnitudine. Se izolează şi consideră că nimeni nu a mai trecut prin asemenea situaţii. Există tendinţa de a încerca să se îndure în linişte asemenea sentimente (Linn, 1990: 36) sau de a **se elibera de ele într-o asemenea manieră încât îngrijitorii să nu observe cele întâmplate. Acesta este unul din argumentele constituirii grupurilor de suport şi al implicării consilierii ca formă necesară de intervenţie.**

Copiii trebuie asiguraţi de faptul că nu sunt singuri şi că ceea ce simt ei este absolut normal în asemenea situaţii. Cei care vor lucra cu copiii aflaţi în suferinţă pot găsi o sursă importantă şi bogată de informaţii la îngrijitorii acestora. O modalitate corectă de lucru este aceea de a include în planul de acţiune şi pe îngrijitorii copiilor. Întâlnirile de început pot fi făcute în mod separat cu copilul, îngrijitorii şi alţi membri ai familiei şi, la cel puţin câteva şedinţe, este indicată prezenţa a cel puţin unuia dintre îngrijitorii care se ocupă de copil.

Interacţiunile dintre copil şi consilier ajută îngrijitorul să înţeleagă mai bine natura problemelor cu care se confruntă copilul.

Aceştia pot înţelege mai bine gândurile, sentimentele şi frământările copiilor şi pot pune întrebări într-o modalitate terapeutică. Descoperirile făcute alături de consilier pot mări ataşamentul îngrijitorului faţă de copil. O asemenea participare dezvoltă un sentiment al respectului mutual, înţelegere şi iertare pentru neînţelegerile şi tensiunile trecute care au alterat relaţia lor. Ar fi mai util pentru consilier ca, înainte de a-şi începe propria muncă cu copilul aflat în suferinţă, să stabilească o întâlnire prealabilă cu îngrijitorul acestuia (părinte, tutore etc.), cu acea persoană care l-a ajutat până în prezent cel mai mult, pentru a afla ce s-a făcut până în prezent, cum a încercat acesta să rezolve problemele copilului, maniera de abordare a situaţiilor ivite. Rezultatele acestei întâlniri vor sta mai apoi la baza discuţiilor dintre consilier şi copil.

Spre exemplu, se poate chiar începe discuţia sugerând în mod indirect anumite aspecte din cele discutate cu îngrijitorul: *„M-am întâlnit cu tatăl tău săptămâna trecută şi mi-a spus că este destul de supărat din cauza mai multor probleme. Ai putea ghici câteva din aceste probleme?"* Consilierul poate observa care dintre aceste informaţii nu-i fac plăcere copilului sau pe care nu le poate împărtăşi şi altora. Copilul trebuie asigurat de faptul că se va întoarce acasă după fiecare întâlnire: *„Lasă-mă să ghicesc ce anume se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire. Fiecare dintre noi doi se va întoarce acasă. Asta cred eu că se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire de-a noastră. Totdeauna te vei întoarce acasă"*.

Este important ca, după prima întâlnire a consilierului cu cei aflaţi în suferinţă, să se explice în mod foarte clar faptul că nevoile personale, sentimentele şi gândurile acestora vor fi tratate cu respect şi atenţie pe măsură. Dacă se observă o anume apăsare sau anumite inhibiţii la copil, consilierul are responsabilitatea de a determina **cauza** acestora. Moody şi Moody (1991) constată faptul că majoritatea îngrijitorilor **decid** ca orice intervenţie **să înceapă cu ei** şi **doar după aceea cu copilul.** De cele mai multe ori asemenea atitudini **complică** şi chiar **măresc disconfortul copilului.** Pe de altă parte, atât îngrijitorii, cât şi asistenţii sociali, regretă faptul că nu pot face mai multe pentru copil, în special dacă se simt parţial responsabili pentru

pierderile acestuia. Copiii au nevoie de sprijin şi să-şi valideze sentimentele cauzate de pierdere, prin raportarea la adult.

Există situaţii în care sunt încurajaţi, în detrimentul lor, să se comporte ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. **Copiii sunt dispuşi să îşi asume experienţele dificile şi chiar să îşi dezvăluie emoţiile, dacă şi adulţii importanţi din jurul lor procedează la fel.** Unii copii întâmpină dificultăţi în dezvăluirea propriilor sentimente, dat fiind faptul că încercările lor anterioare au fost întâmpinate de reacţii şi răspunsuri negative din partea adulţilor. Alţi copii **învaţă strategii şi modalităţi de a evita** asemenea subiecte, folosind aceleaşi expresii pentru descrierea sentimentelor, cu scopul de a mulţumi interesul profesional al adultului. Atunci când se intervine la nivel familial, trebuie identificate şi respectate regulile familiei respective. Trebuie cunoscute modalităţile de exprimare a emoţiilor în familia respectivă, forma de comunicare, obiceiurile etc.

Se poate stabili atenţia pe care şi-o acordă unul altuia, dacă vorbesc sau nu deschis despre ceea ce simt, ce se întâmplă când unul este în dificultate. etc. **Este important să se încurajeze familia să rezolve într-un mod autentic problemele apărute.** Când copilul sau familia se află în criză sau prezintă dificultăţi serioase, se va stabili cât mai curând posibil o relaţie respectabilă, deschisă, onestă şi de încredere cu aceştia. În cazul copiilor se vor folosi diverse **tehnici specifice** (poveşti, desen, modelaj, jocuri, dramatizarea conflictelor interioare etc.), care să stârnească interesul acestora pentru conversaţii pe anumite teme (Schaffer, Mitrofan şi Vladislav, 1997). Majoritatea copiilor nu simt faptul că sunt examinaţi sau testaţi prin asemenea modalităţi comune pentru ei, iar părinţii trebuie asiguraţi de claritatea şi utilitatea acestora în stabilirea problemelor, a diagnosticului dacă este cazul.

Nu este profesionist şi nici uman să considerăm că acei copii care refuză să vorbească despre ceea ce s-a întâmplat şi ceea ce ei simt nu sunt afectaţi de pierdere şi nici să considerăm că ar putea evolua fără ajutor într-o direcţie sănătoasă. Chiar şi acei copii care suferă într-un mod evident şi vizibil din punct de vedere fizic, tot întâmpină greutăţi atunci când

este vorba de dezvăluirea suferinței emoționale. Există o mulțime de **bariere** care trebuie învinse. Deseori copii au dificultăți majore în exprimarea verbală a simțămintelor, datorate fie nedezvoltării deprinderilor de comunicare, fie trăirilor complexe pe care le determină pierderile suferite. Pe de altă parte, se pot teme de faptul că odată dezvăluite sentimentele dramatice, acestea vor cauza la rândul lor alte calamități asemănătoare. În realitate, exprimarea verbală a sentimentelor negative conduce la „ofilirea" acestora.

Copiii trebuie încurajați şi ajutați să scoată la lumină – prin cuvintele lor – propriile sentimente, nu numai în primele luni după pierdere, ci şi din nou şi din nou. Exprimarea, revizuirea şi reaşezarea sentimentelor reprezintă componente vitale ale procesului de însănătoşire. Una dintre modalitățile de a ajuta copiii care nu-şi pot exprima sentimentele este aceea de a converti aceste sentimente care cauzează disconfort în alte simțăminte. *„Poți să-mi spui câteva lucruri despre George. Mi-ai spus săptămâna trecută că se supără foarte repede. Ce lucruri îl fac să se supere atât de repede?"* O parte a copiilor **convertesc** sentimentele de **furie** în **depresie,** iar alții convertesc sentimentele de **tristețe în ostilitate, iritabilitate, plânset, violență.**

Acei copii care hotărăsc să-şi exprime sentimentele cauzate de pierdere pot ajunge la concluzia că aceste sentimente nu sunt un răspuns normal la durere, ci rămân culpabilizați gândindu-se la faptul că au putut reacționa „aşa de greşit". Îşi pot suprima sentimentele gândindu-se că nu sunt destul de mari ca să poată fi luați în serios şi vor primi validare, sprijin şi confortul necesar, vor putea să-şi împărtăşească durerea şi resentimentele. Chiar şi atunci când îşi convertesc sau îşi reprimă sentimentele trebuie ajutați să învețe că sentimentele sunt sentimente şi că nu sunt bune sau rele.

Câteva tehnici specifice de lucru

Atunci când copiii nu sunt dispuşi sau nu se simt confortabil să vorbească despre sentimentele lor, putem să apelăm la combinarea discuțiilor cu **activități externe,** ca de exemplu **imagini video** sau **cărți de poveşti.**

O modalitate simplă, dar eficientă, o reprezintă **tehnica celor cinci sentimente: *tristeţe, furie fericire, frică şi singurătate.*** Este foarte important să nu se anticipeze şi nici să nu se sugereze răspunsul copilului. Se urmăreşte consonanţa dintre comportamentul verbal şi cel nonverbal al copilului atunci când răspunde la test. Întrebările se reiau, dacă este cazul.

O altă modalitate de a ajunge la sufletul copilului este aceea de a **concentra toate simţurile acestuia spre o activitate care să fie relevantă scopurilor terapeutice urmărite.**

Dacă copilul întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală a ceea ce simte, **se poate inventa o poveste în care el însuşi să fie unul dintre actorii** acesteia, oferindu-i posibilitatea dezvăluirii sentimentelor (anxietate, teamă, îngrijorare etc.). De asemenea, se poate folosi un joc în care se pot implica **sentimente legate de pierdere şi separare.** Există şi copii care au un alt mod de a simţi pierderea şi durerea, mai puţin vizibil în exterior, şi care nu cer ajutor în mod explicit, ceea ce nu înseamnă că nu vor primi ajutorul consilierului dacă li se oferă. *„Ştiu că este greu pentru tine să vorbeşti despre suferinţa ta, dar eu sunt aici lângă tine şi dacă te pot ajuta în vreun fel, aş fi foarte încântat să o fac".*

Atunci când durerea generează **supărare,** majoritatea copiilor intră în încurcătură. Deseori se tem de faptul că dacă se vor simţi trişti, vor intra într-o stare neplăcută. Ei încearcă să convertească sau să nege acest sentiment de tristeţe. În cele din urmă, sfârşesc prin a fi **nefericiţi, culpabilizaţi** şi **neajutoraţi.** Această convertire poate lua forma **furiei şi a violenţei, ceea ce atrage după sine rejecţie şi chiar izolare din partea celorlalţi copii.** Controlul şi stăpânirea acestor sentimente se va obţine atunci când pierderea şi separarea vor fi **înţelese,** integrate şi, în felul acesta, rezolvate. Atunci când un copil este furios, energia sa emoţională se va localiza în anumite zone corporale observabile (mâini, dinţi, obraji, ochi etc.). El poate fi ajutat să observe că degetele sale sunt strânse în pumn, că maxilarul este încleştat, obrajii crispaţi etc.

Dacă explici asta unui copil în perioada în care este furios, va fi fascinat de noua sa descoperire. Dintr-o dată, reacțiile comportamentale vor căpăta un **sens**. Poate că este dificil de identificat de prima dată "**zona furioasă**", dar poate fi ajutat reîmprospătându-i memoria cu anumite situații în care s-a comportat într-un anume fel. În tendința de a fi concreți, copiii au nevoie să înțeleagă faptul că furia nu trebuie exprimată totdeauna sub impulsul primului moment. Li se va explica faptul că și adulții simt din când în când aceleași impulsuri de moment în exprimarea sentimentelor de furie și frustrare, dar că, pas cu pas, au ajuns să poată stăpâni aceste sentimente și că acum, doar când este necesar, dau frâu liber acestora. Vom avea grijă să nu cadă în cealaltă extremă: **reprimarea** acestor sentimente și atunci când nu este cazul, ceea ce ar duce la un comportament **pasiv - agresiv.** Vor deveni neîndemânatici, vor uita să-și facă temele etc.

Copiii adoptă un comportament pasiv-agresiv din cauza unuia sau mai multor motive: refuză să-și exteriorizeze furia, dar caută **să fie pedepsiți** pentru a-și valida comportamentul exprimat, caută să-și exprime nedreptatea sau neglijarea la care sunt supuși ca să obțină sentimentul de control al situației. Îngrijitorii care reacționează prin pedeapsă la asemenea **exprimări indirecte de furie și agresivitate** se dovedesc a fi prea puțin înțelepți pentru munca cu copiii. Este mult mai util să-l ajuți pe copil sa-și exprime în mod direct furia și agresivitatea, folosind metodele discutate anterior.

O altă **tehnică familială** deosebit de utilă ar fi cea dezvoltată de către Dreikurs (1974) sub numele de "**rezolvare mutuală a problemei**".

Părintele sau aparținătorul și copilul se întâlnesc cu o altă persoană (consilierul), încercând să-și imagineze soluții pentru problemă, **urmând pași specifici:**

În primul rând se exprimă acordul asupra faptului că există o problemă și definesc exact care este problema – să spunem că în fiecare seară există certuri legate de ora de culcare a copilului. Acestea ar putea fi schimbate cu alte momente mult mai plăcute pentru copil.

În al doilea rând vor stabili dacă sunt sau nu capabili să învingă împreună problema **(părintele şi copilul devin o echipă, iar problema devine inamicul numărul unu).** Dacă este implicată o terță persoană, atunci aceasta poate veni cu cel puțin **cinci sugestii** care să privească îmbunătățirea comunicării în familia respectivă.

Al treilea pas ar fi ca fiecare dintre membrii familiei să exploreze împreună toate posibilitățile şi toate alternativele în rezolvarea problemei respective. Uneori, când copiii se simt fără ajutor, nici nu sunt dornici să participe la acest proces. Vor mormăi, vor folosi propoziții incomplete, vor spune „nu ştiu" etc. Vor fi încurajați să-şi folosească **energia şi sursele de care dispun.**

În al patrulea rând membrii familiei vor discuta fiecare punct de pe lista stabilită anterior.

Dacă cineva are vreo obiecție legată de vreuna dintre soluțiile sugerate, atunci o vom elimina de pe listă. Aceasta va elimina conflictul latent dintre „părerea ta" şi „părerea mea", întărind sentimentul muncii în echipă şi, mai mult, copiii se vor simți mult mai bine contribuind ei înşişi la rezolvarea problemei respective. **Faptul că sunt implicați, li se cere părerea şi se ține cont de dorințele şi nevoile lor în rezolvarea problemei contribuie la maturizarea şi creşterea normală a acestora.** În cazul în care nu se ajunge la o soluție comună, agreată de toată lumea, atunci se poate lua o pauză de o săptămână, timp în care vor medita în linişte la cele discutate, urmând a se întâlni din nou şi a stabili concluzia la care au ajuns.

În al cincilea rând, familia va supune la **vot** părerile şi soluțiile discutate, pentru a selecta pe cea care a întrunit cele mai multe voturi.

În al şaselea rând, după ce s-a realizat un consens într-o anume direcție, se vor încuraja unul pe altul şi vor devaloriza lucrurile care ar putea sabota încercarea respectivă.

În final, membrii familiei vor încerca să determine dacă fiecare persoană implicată este dornică să înceapă acest nou experiment în săptămâna următoare.

La sfârşitul perioadei de probă, membrii familiei se reîntâlnesc pentru a evalua eforturile depuse şi rezultatele la care s-a

ajuns. Vor stabili dacă problema s-a rezolvat în totalitate sau numai anumite părţi şi faţete ale ei, iar dacă nu s-a obţinut nimic bun, **se reevaluează situaţia şi se reîncepe procesul de la capăt.**

Această tehnică dă rezultate surprinzătoare. Interacţiunile dintre părinte (tutore) şi copil încep prin definirea problemei şi se termină într-o notă pozitivă, de cooperare, angajament şi unire a eforturilor în rezolvarea problemei respective.

O altă modalitate de a lucra cu copiii care au suferit pierderi este aceea de a identifica împreună cu ei alţi copii care au trecut prin situaţii asemănătoare, îndurând pierderea şi separarea. Există copii care şovăie în a plânge în faţa altora. Anxietatea de evitare poate fi depăşită sugerându-le beneficiile momentelor de plânset.

Situaţia se complică în cazul anumitor copii care nu au reuşit să rezolve prin integrare pierderile suferite şi la care se instalează depresia cronică. În acest caz, o tactică foarte bună este aceea de a discuta franc cu copilul despre timpul pe care îl cheltuieşte pentru depresia respectivă şi pe care ar putea să-l folosească în diverse alte scopuri: să se împrietenească cu el însuşi, să se cunoască mai bine, să se simtă mai bine, să facă anumite lucruri care-i fac plăcere etc.

Copilul va fi tratat cu mult respect, se vor accepta nevoile şi dorinţele acestuia, ca venind din interior. Acei copii care înainte de separare sau pierdere au avut o relaţie caldă cu părinţii s-au dovedit a fi mult mai cooperanţi cu cei care se ocupă de ei după pierderea suferită (Brenner, 1984: 43). Iar atunci când există o relaţie suportivă puternică în familia respectivă, s-a constat faptul că se trece mai uşor şi mai repede peste consecinţele produse de pierdere.

Copiii şi veştile rele – durerea şi comunicarea terapeutică. Repere în consiliere

Într-o lume ce fiinţează sub imperiul suferinţei şi al deznădejdii, copilăria este deseori umbrită de necazuri şi veşti rele. Nu există nici o modalitate corectă/dreaptă de a comunica veştile rele copiilor, dar în schimb există câteva modalităţi mult mai de ajutor decât altele.

Nu ne propunem să prezentăm o formulă infailibilă pentru a face ceea ce este corect să faci – pentru că aşa ceva nu există - ci **ne propunem să problematizăm câteva din posibilităţile de a da veştile rele, modalităţi al căror scop este acela de a alina suferinţa celor mici şi necăjiţi.** Nu puţine sunt situaţiile în care **adulţii implicaţi în acest proces nu cunosc calea de a face acest lucru.** Fiecare situaţie este unică, iar purtătorul veştilor rele este tot timpul pus în situaţia de a răspunde nevoilor copilului. Nepriceperea, lipsa de experienţă şi cunoştinţe în domeniu etc., din partea celui care este pus în situaţia de a da o veste rea, conduc la nesincronizări şi chiar lipsă de comunicare.

Este extrem de important ca purtătorii veştilor rele să meargă **în direcţia corectă,** "să călătorească" împreună cu copilul de-a lungul întregului „naufragiu", astfel încât acesta să poată să reacţioneze şi să răspundă într-un mod adecvat veştilor nedorite. În acest proces sunt implicaţi atât părinţii, cât şi profesioniştii (medici, asistente medicale, psihologi, asistenţi sociali, terapeuţi, consilieri, preoţi, voluntari). Orice profesionist care lucrează cu copiii poate fi confruntat cu astfel de situaţii.

Fiecare dintre noi a trăit experienţa primirii unor veşti care ne-au provocat suferinţă, nelinişte, panică etc. Veştile rele sunt acele veşti care alterează drastic imaginea despre trecut şi/sau prezent, provocând un disconfort psihoafectiv de scurtă sau de lungă durată. De regulă, acestea se referă **fie la o situaţie, fie la o persoană foarte importantă.** Dacă vestea dată implică o pierdere, atunci apare suferinţa. Pentru acei copii care ştiu deja sau care suspectează iminenta apariţie a veştilor rele, procesul suferinţei poate să fi început deja.

Veştile rele pot fi legate de o **varietate de circumstanţe medicale, sociale şi familiale** (boală cronică, dizabilitate, spitalizare prelungită, divorţ, probleme şcolare, schimbarea locuinţei, separarea de un părinte care munceşte peste graniţă sau care este în închisoare, adopţie, foster, moarte etc.). Se referă la situaţii temporare sau permanente şi includ ceea ce s-a întâmplat deja sau ce

urmează să se întâmple. Includ o serie de **incertitudini.** Uneori se referă la situația copilului, alteori la cineva important pentru copil.

O dezvăluire poate să fie făcută la **inițiativa copilului** sau la **inițiativa adultului.**

Dezvăluirea **proactivă** este făcută la inițiativa adultului.

O dezvăluire **reactivă** este inițiată de către copil, dezvăluirea veștilor rele fiind făcută de către adult ca răspuns la întrebările sau preocupările copilului. Unele informații pe care se bazează veștile rele sunt de-a dreptul brutale: *„Mama și tata sunt pe cale să divorțeze" sau "Mama ta spune că vei merge într-un spital ca să mori".* Dezvăluirea veștilor rele rareori se reduce la o simplă discuție și, de obicei, implică repetări, astfel încât copilul să aibă confirmarea acestor vești. Repetarea dezvăluirilor este necesară pentru ca el să devină conștient de importanța situației pe care deja o cunoaște și pentru a asocia pierderile implicate. Un copil ai cărui părinți au divorțat poate deveni mult mai conștient de importanța situației atunci când unul dintre cei doi părinți se recăsătorește. Pentru unele familii aflate în suferință (ex. Familiile afectate de HIV/SIDA), veștile rele devin un factor stresor repetitiv.

Copiii care au o boală cronică pot fi expuși la o serie de episoade dureroase în timpul evoluției bolii lor, fiecare implicând noi pierderi și mult mai multe vești rele. De regulă, adulții au tendința să subestimeze impactul repetării dezvăluirii veștilor rele, conducând în felul acesta la nelimpezirea problemelor și la neconștientizare. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când pierderile repetate se asociază cu o situație de așteptare prelungită, în timpul căreia percepția copilului asupra a ceea ce înseamnă veștile rele se schimbă. Empatizarea cu copiii nu este deloc ușoară.

Uneori ei interpretează anumite vești ca fiind rele. Recunoscând că esența veștilor rele este pierderea și că, probabil, un copil interpretează veștile ca fiind rele, adulții pot dezvolta o atitudine empatică. Esențialul într-o dezvăluire este să fii în legătură continuă cu gândurile și sentimentele copilului.

Este dificil de separat efectul veștilor rele de modalitatea în care sunt date, dar nici nu este rezonabil să sugerezi că un răspuns

imediat sau pe termen lung la veştile rele este influenţat de modalitatea în care acestea sunt dezvăluite. **Veştile rele date într-o modalitate nefericită pot cauza stres adiţional şi pot exacerba pierderile inerente.** Reacţiile negative sunt nebănuite. Pe de altă parte, veştile rele dezvăluite **într-o modalitate adecvată pot conduce la scăderea intensităţii stresului şi pot reduce intensitatea sentimentelor** de depresie, vină, ruşine şi inadecvare, vulnerabilitate pe care copilul le poate simţi.

Procesul de luare a deciziilor este întotdeauna extrem de dificil, dată fiind complexitatea factorilor implicaţi. Decizia este mai dificilă atunci când veştile rele sunt asociate cu stigmatizarea şi chiar include incertitudini de tot felul. **Abordarea protectiv-deschisă este recomandată în munca cu copiii.** Dezvăluirea veştilor rele nu înseamnă şi nu se poate compara cu o situaţie de genul „totul sau nimic”. Se poate oare răspunde deschis şi franc la orice întrebare adresată de către copil? **Onestitate în acest caz nu înseamnă deschidere totală, ci selectivitatea informaţiei.** Sunt anumite aspecte ale veştilor rele care nu se doresc a fi discutate.

Onestitate înseamnă înţelegerea şi a acestui lucru. Uneori, veştile rele sunt incomplete, confuze şi dau naştere la stres şi sentimente de singurătate. Teoria conform căreia copiii, în special cei mici, nu au nevoie să li se spună totul pentru că încă nu au capacitatea de a înţelege conceptele şi noţiunile abstracte despre boală, moarte şi alte surse ale veştilor rele, ignoră **potenţialul şi experienţa personală a copiilor în înţelegerea acestor situaţii de maxim tragism şi suferinţă.**

O parte a copiilor care au trecut prin astfel de experienţe sunt deschişi şi cooperanţi în înţelegerea veştilor rele şi chiar îşi oferă sprijinul activ în ajutarea altor copii care trec prin situaţii similare. Există studii realizate asupra efectului veştilor rele asupra bunăstării psihice a copiilor pe termen lung care evidenţiază faptul că **dezvăluirea** acestora este **mult mai benefică în comparaţie cu evitarea şi întârzierea comunicării** lor (Slavin şi col., 1982, Rosenheim şi Reicher, 1985). Copiii au o cunoaştere corectă a

oricărei situații care îi afectează, ceea ce poate intra în conflict cu drepturile și confortul emoțional al altora.

Copiii sunt dependenți în clarificarea lucrurilor de decizia adulților de a se implica în dezvăluirea și lămurirea acestor situații neplăcute. Odată clarificate veștile rele, copilul se va mobiliza în ceea ce trebuie să facă. Întrucât există și momente în care copiii sunt împinși la izolare, confuzie și anxietate, **profesioniștii care lucrează cu copiii au misiunea de a crea un mediu suportiv și fără prejudecăți, de a discuta temerile lor și de a lămuri dilemele în care se frământă.**

Copiii se simt cel mai bine în prezența celor cu care au o **relație continuă bazată pe încredere și care oferă siguranță și protecție.** De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un părinte. Pentru că, în cele mai multe situații, aceste persoane sunt și ele afectate într-un fel sau altul de veștile rele, **este necesar ajutorul unui profesionist cu experiență în asemenea dezvăluiri de vești rele.** Acest profesionist poate dezvolta suport emoțional și poate lămuri orice informație de care copilul are nevoie. Ideal ar fi ca orice profesionist care lucrează cu copiii și este implicat și în dezvăluirea veștilor rele, să aibă o relație bună cu copilul și cu celelalte persoane implicate. El poate să fie specializat în dezvăluirea veștilor rele atât copiilor, cât și aparținătorilor și poate răspunde reacțiilor lor, ori să fie un bun cunoscător al psihologiei copilului aflat în suferință, al celorlalte persoane implicate și al circumstanțelor situației specifice, pentru a fi apt să răspundă întrebărilor care ar putea să i se pună. El este pregătit să dezvolte sprijin emoțional imediat și să continue dezvăluirile o lungă perioadă de timp, să se simtă capabil să facă față situațiilor specifice.

Specialiștii implicați în munca cu copiii sunt puși deseori în **situații de dificultate.** Copii pot veni cu întrebări pe care le-au pus mai întâi părinților, iar pentru a verifica răspunsurile primite – dacă le primesc – testează și opinia specialistului. În aceste situații, psihoterapeutul sau consilierul poate încuraja copilul să împărtășească gândurile și sentimentele folosind **întrebări deschise,** ca: *„Ce simți în*

legătură cu asta?", „În ce mod te gândeşti la sta?". Răspunsurile şi atenţia acordată copiilor le întăresc sentimentul că ceea ce simt **este luat în serios** şi le oferă „permisiunea" să simtă ceea ce simt şi să gândească ceea ce gândesc. Adultul este perceput ca fiind o persoană pricepută şi disponibilă să înţeleagă situaţiile aşa cum se văd ele prin prisma ochilor de copil. Într-un mediu securizant, copiii au posibilitatea să-şi exprime sentimentele şi neliniştile lor, contribuind astfel la dezvoltarea propriului confort emoţional. *„Cred că te frământă o mare problemă şi eu m-aş simţi mai bine să vorbim despre ceea ce se întâmplă şi ceea ce simţi tu în legătură cu asta".* Poate urma o remarcă onestă în legătură cu cât de dificil este să ştii ce să spui, dar totuşi să faci unele sugestii pentru a-i asigura de un suport continuu. *„Este într-adevăr dificil pentru mine să ştiu ce să-ţi spun. Cred că ar fi de mare ajutor dacă mama şi tata ar şti despre ceea ce gândeşti tu şi despre ceea ce simţi. Putem încerca să stăm de vorbă împreună sau aş putea doar eu să am o întâlnire cu ei. Ce crezi despre propunerea mea?"* Copiii care nu vor ca părinţii lor să se implice, încearcă în felul acesta să se protejeze de stări neplăcute; uneori încearcă să se protejeze de ceea ce ei cred că ar putea fi răspunsul părinţilor. **Toate aceste posibilităţi trebuie explorate împreună cu copilul.** O modalitate de a răspunde şovăielilor copilului de a-şi implica proprii părinţi este aceea de a **discuta cu el posibilul comportament al părinţilor,** discuţie care poate sugera şi, uneori, convinge de ceea ce ei ştiu deja. Incitând copilul la conştientizarea acestei probleme (a ceea ce părinţii ştiu deja), se întăreşte nevoia copilului de a face el primul pas către comunicare.

Comunicarea deschisă despre veştile rele trebuie încurajată, dar nu cu preţul tensionării relaţiei părinte – copil. În privinţa situaţiilor ţi a circumstanţelor care provoacă suferinţă, este în general de folos şi uneori chiar necesar **să-i informezi pe ceilalţi.** Depinde de situaţia particulară cine anume va fi informat. În orice caz, este de dorit să fie informaţi alţi membri ai familiei, personalul din şcoala în care învaţă copilul, conducătorii cluburilor din care copilul face parte etc.

Aceasta ajută la promovarea şi răspunsul înţelegător faţă de „performanţele" comportamentale şi şcolare ale copilului şi, în acelaşi

timp, crește suportul psihologic, reduce tensiunile existente și alte efecte adverse ale posibilelor conflicte. În mod inevitabil, anumite persoane vor fi informate înaintea altora, dar întârzierile pot mări conflictul, chiar dacă numai temporar și, de aceea, este bine ca acestea să fie evitate pe cât posibil. În cele mai multe situații, li se va spune și celorlalți copii din familie, dar există și tendința de a exclude **frații** atunci când fratele sau sora lor este subiectul veștii proaste. Aceștia pot deveni vulnerabili față de efectele adverse ale conflictului și este foarte posibil să se manifeste **resentimente față de un frate sau o soră** care primește atenție specială fără un motiv aparent. Atunci când se consideră potrivit, copiii pot fi implicați în decizia de a le spune celorlalți, mai ales atunci când veștile rele se referă chiar la ei înșiși.

Atunci când deja au fost informate alte persoane, copiilor trebuie să li se spună cine sunt aceste persoane și ce li s-a spus despre ei. Atunci când veștilor rele li se poate asocia stigmatizarea, trebuie avut grijă cui i se vor comunica acestea. Uneori, copiii și familiile lor trebuie să facă față unui mediu social ce conține panică, teamă, dezinformare și discriminare (Schaefer & Lyons, 1993, pg. 135).

Această indicație devine și mai stringentă în situația în care vestea proastă este despre diagnosticul SIDA. Motivele pentru care trebuie să se țină cont și să se selecționeze persoanele cărora li se spune și ce anume li se va spune trebuie să fie explicate copilului. De exemplu: *„X are o boală în sânge. Este o boală nouă și oamenii nu au sentimente prea bune față de ea. Îi face să se teamă”* (Schaefer, 1993, pag. 135).

Stabilirea unor circumstanțe ideale pentru când și unde să dai veștile rele este dificil de realizat, dar **următoarele sugestii** pot fi reținute și aplicate acolo unde este posibil:

„Mai degrabă mai devreme decât prea târziu”. Dacă veștile rele sunt despre un eveniment care deja a avut loc sau care este pe cale de a se întâmpla, copiii sunt ajutați mult mai mult și mai bine dacă li se explică situația ca atare. Chiar și atunci când sunt incertitudini despre ceea ce s-a întâmplat sau urmează să se întâmple, întârzierea dezvăluirii este de natură a crea mai multă anxietate și stres pentru toată lumea din jurul copilului. Studiile realizate arată că

acei copii care au suferit de boli grave şi care au ştiut din vreme diagnosticul s-au **adaptat** mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

„Când toţi cei implicaţi sunt prezenţi". Se recomandă ca dezvăluirile să aibă loc când toţi cei ce sunt implicaţi în atare situaţii sunt de faţă.

„Atenţie maximă". Timpul cel mai indicat pentru comunicarea veştilor rele este atunci când cei implicaţi sunt capabili să dea atenţie totală la ceea ce se spune şi să nu fie prea obosiţi, prea bolnavi sau prea stresaţi. Locul ales trebuie să fie confortabil, liniştit, privat şi pe cât posibil ferit de orice fel de perturbări.

„Context familiar". Copilul, atunci când primeşte o veste rea, trebuie să fie în mijlocul unui mediu familiar, preferabil acasă şi cu multe lucruri personale (jucării, cărţi etc.) la îndemână.

„Acolo unde reacţiile şi răspunsurile nu vor fi inhibate". Locul unde veştile rele sunt dezvăluite nu va inhiba copilul în exprimarea emoţiilor sau în problematizarea situaţiei (întrebări, nelămuriri, dileme).

„Staţi împreună după aceea". Veştile rele pot fi dezvăluite atunci când cei implicaţi sunt capabili să stea unul cu celălalt, cel puţin perioada imediată după ce veştile rele sunt date. Este bine ca procesul de comunicare a veştilor rele să fie planificat şi pregătit cu mult înainte.

Toţi **specialiştii** implicaţi în munca cu copiii au obligaţia şi responsabilitatea profesională şi umană de a se **pregăti în comunicarea veştilor rele.** Ei trebuie să aibă abilitatea de a găsi cea mai adecvată abordare la orice situaţie particulară. Acest proces implică **introspecţie, empatie, planificare şi repetiţie.** Ambele tipuri de dezvăluiri discutate (proactivă şi reactivă) pot fi anticipate şi apoi planificate.

- **Introspecţia.** Adulţii implicaţi pot avea sentimente puternice referitoare la veştile rele şi, în acelaşi timp, să fie implicaţi în procesul de dezvăluire. Controlul asupra acestor sentimente poate preveni eşecul dezvăluirilor. Asemenea rateuri în comunicarea

veştilor rele se întâmplă mai ales atunci când adulţii implicaţi sunt nepregătiţi pentru „cum să te exprimi şi cum să te comporţi în timpul dezvăluirilor".

Meditând la următoarele întrebări poţi obţine **clarificarea sentimentelor şi cristalizarea atitudinii** faţă de astfel de situaţii:

- Mă simt anxios pentru ceea ce s-a întâmplat?
- Mă simt vinovat în vreun fel de ceea ce s-a întâmplat?
- Sunt vulnerabil la o astfel de situaţie?
- Voi fi blamat oare pentru veştile rele?
- Voi blama pe cineva pentru veştile rele şi dacă da, pe cine anume?
- Bănuiesc oare care vor fi reacţiile copilului?
- Este vreo reacţie pe care eu o consider dificil de lucrat cu ea?
- Am sentimente puternice faţă de copil şi care sunt acestea?
- Cred că altcineva ar putea să se descurce mai bine?

• **Empatia.** Înseamnă anticiparea a ceea ce copilul este pregătit să simtă şi să gândească şi a modalităţii în care copilul poate reacţiona la veştile rele.

• **Planificarea.** Desfăşurarea unei dezvăluiri nu poate fi niciodată prezisă cu o acurateţe completă. Adultul va răspunde întotdeauna nevoilor copilului şi nu va încerca să pună în mod rigid în aplicare un plan determinat, dar care nu este fezabil. Un bun profesionist şi cu experienţă în domeniu va putea selecta imediat o modalitate de a trata o situaţie particulară.

Prin tehnica paşilor mărunţi, veştile rele vor fi introduse **gradual** şi **progresiv,** fiecare pas relevând puţin câte puţin din conţinutul veştilor. În felul acesta copilul te va simţi alături de el pe parcursul întregului proces de comunicare a acestor mesaje mai puţin dorite. Prin această modalitate, copilul este pregătit treptat, printr-o serie de încercări (glume etc.), iar anumite părţi din dezvăluire trebuie să se facă lent (trenant), astfel încât copilul să nu fie supus brusc unui şoc emoţional. **Sprijinul emoţional** poate fi dat atât verbal, cât şi nonverbal, ceea ce poate însemna atenţie, căldură, bunătate, afirmare.

Cei implicaţi în procesul de dezvăluire trebuie să fie apropiaţi unul de celălalt, de preferat stând unul lângă celălalt. Copilul poate sta **în braţele adultului** şi chiar să se cuibărească în braţele acestuia. **Contactul vizual** este important în timpul dezvăluirii şi ajută la întărirea prezenţei emoţionale a adultului, revelând disponibilitatea acestuia pentru căldură şi înţelegere. Copilului i se poate vorbi în linişte folosind un ton cald al vocii. Ceea ce spune un copil poate fi de la început ghidat de dorinţele şi nevoile lui. Procesul de emitere a veştilor rele este asimetric, iar receptorul (copilul) este încă nesigur pe sine şi, uneori, prea puţin conştient de ceea ce înseamnă în realitate esenţa veştilor rele.

Registrul preocupărilor copilului include de regulă următoarele **întrebări:** *Ce s-a întâmplat? Ce se va întâmpla? Este adevărat? Va trebui să aştept? Este vreo speranţă? Voi fi blamat? Pot face ceva mai bun? Ce responsabilităţi am? Cum pot fi de ajutor? Pot să am încredere în oameni? Pot să mă bazez pe observaţiile şi judecăţile mele? Sentimentele mele sunt adecvate situaţiei?*

Ca adult, trebuie să te aliniezi nevoilor şi dorinţelor copilului legate de modul în care are loc dezvăluirea. În felul acesta se reduce posibilitatea ca dezvăluirea să fie dominată numai de percepţia adultului asupra situaţiei respective.

Structura procesului dezvăluirii – un model pentru părinţi, consilieri şi psihoterapeuţi

Etapa 1: Descoperirea a ceea ce copilul ştie sau suspectează

Atunci când există indicii că vestea rea este bănuită sau cunoscută de către copil, cea mai recomandată modalitate de a aborda subiectul este să recunoşti deschis ceea ce copilul a făcut, a spus, a văzut şi să-l inviţi să vorbească despre acest lucru: *„În ultimul timp am remarcat că ai pus mai multe întrebări despre vizitele tale la spital. Este bine că te*

interesează acest lucru, dar mă întrebam dacă există vreun motiv special...". „Știi că starea lui George s-a deteriorat mult în ultimul timp. Te-ai întrebat de ce?"

Alinierea la dorințele și nevoile copilului este necesară la începutul unei dezvăluiri reactive (inițiate de către copil). Adultul care comunică veștile rele trebuie să răspundă și să comenteze întrebările copilului. În cazul în care copilul nu știe nimic despre ceea ce urmează să fie spus, dezvăluirea poate începe cu următoarea etapă:

Etapa 2: Povestind copilului despre veștile rele

Se dau informații factuale despre: ce s-a întâmplat; ce se întâmplă; ce este de făcut; ce se va întâmpla. Este imperios necesar ca el să obțină un sens al situației în care se găsește și să înceapă **să facă față** veștilor rele. În absența unor informații clare și credibile, un copil se va luptă să înțeleagă ce se întâmplă, poate să fie confuz, anxios, vulnerabil, se poate gândi tot timpul că se poate întâmpla ceva și mai rău decât în realitate (Jewett, 1994).

Informația poate fi dată într-un mod cât mai simplu și mai sensibil cu putință, folosind **abordarea narativă.** Se dau informații **scurte și simple,** pas cu pas, cronologic cu ceea ce s-a întâmplat și ceea ce va urma să se întâmple. Se poate începe de la experiența personală a copilului, de la ceea ce un copil știe, vede, aude și simte: *„Știu că l-ai văzut pe tata vorbind cu cei doi polițiști...", „Știu că în ultimul timp i-ai văzut pe mami și pe tati țipând unul la altul...", „Știu că în ultimul timp ai fost destul de bolnav și medicul ți-a făcut niște analize...".* Știind ce urmează să se întâmple, copilul este mai pregătit să mediteze la aceste evenimente și la felul în care ar putea simți; poate avea loc o suferință anticipatorie legată de pierdere.

Dând copiilor **informații sigure despre ceea ce urmează să se întâmple** îi vom ajuta să își dobândească încrederea în predictibilitatea evenimentelor ți încrederea în oameni. Dificultățile apar oricum atunci când evenimentele viitoare sunt nesigure sau când situația devine din ce în ce mai grea pe o perioadă mai lungă de timp – ambele fiind caracteristice bolilor cronice sau handicapurilor. Acest tip de situații îi pun pe cei implicați în **dilemă: cât de mult din ceea ce urmează să se întâmple ar trebui dezvăluit la un moment dat?!**

Copiii sunt mai înclinaţi să creadă veştile triste atunci când cel puţin o parte din ele au fost întâlnite în propria lor experienţă. Observaţiile lui Blueband-Langer asupra copiilor aflaţi în faza terminală a bolii relevă că experienţa personală a copiilor este critică pentru stadiul de conştientizare: „experienţa bolii îi face neputincioşi în a asimila informaţia legată de ceea ce văd sau aud din propria experienţă" (1978; 168). Când dezvălui veştile rele despre evenimente iminente este bine să fii ghidat de ceea ce copiii par a vrea să ştie ca rezultat a ceea ce ei spun. Această focalizare pe nevoile copilului cere din partea părinţilor sau profesioniştilor un climat de comunicare deschis şi să rămână receptivi şi responsivi la expresivitatea copilului.

Copilului trebuie **să i se dea explicaţii în concordanţă cu vocabularul şi capacitatea sa cognitivă.** Uneori veştile rele includ termeni şi concepte care, chiar copiilor mai mari, nu le sunt familiare. Unii termeni(în special cei medicali) au nevoie de explicaţii mult mai prudente. Eiser (1990) sugerează faptul că credinţele unui copil despre boală pot reflecta experienţa personală la fel de mult ca orice schimbare structurală în capacitatea de înţelegere a acestuia.

De obicei stresul şubrezeşte înţelegerea şi poate fi suficient de puternic în a cauza unui copil dificultăţi de adaptare la o situaţie traumatizantă (pierdere, boală etc.). Comunicarea cu copilul este importantă atât verbal, cât şi nonverbal.

Etapa 3: Explicaţii în legătură cu orice altceva vrea copilul să ştie. Copilul trebuie întrebat dacă există orice altceva ce ar vrea să ştie şi să i se dea posibilitatea de a vorbi despre gândurile şi sentimentele lui. Trebuie explorată „agenda" copilului, dându-i-se timp să gândească şi să vorbească, folosind întrebări deschise şi verificând exact ceea ce copilul spune. Buckman (1988) întăreşte acest din urmă punct cu o istorioară a unei fetiţe de 6 ani bolnavă de leucemie care şi-a întrebat mama: *„Când mă voi simţi mai bine?"*. Mama a devenit foarte stresată, gândindu-se că fetiţa ei a întrebat-o despre viitorul îndepărtat, când de fapt întrebarea fetiţei se referea la efectele chimioterapiei pe care tocmai o primise.

Etapa 4: În întâmpinarea nevoilor şi dorinţelor copilului

Informaţiile şi explicaţiile trebuie date ca răspuns la nevoile şi dorinţele copilului, exprimate în timpul etapei anterioare. Fiecare trebuie lămurit cu onestitate şi consistenţă. Chiar dacă veştile rele nu implică separare, totuşi copilul poate să se teamă de eventuale pierderi, iar în cazurile în care veştile rele sunt mai grave, poate să apară şi **teama de abandon.** Toţi copiii se simt vulnerabili. Prezenţa unui adult de încredere reprezintă o asigurare a apartenenţei şi a securităţii emoţionale. Atingerea, mângâierea sunt extrem de confortabile, dar nu pot deveni substitute pentru o discuţie cu copilul.

Atunci când veştile rele implică **separaţie,** copilul poate fi liniştit prin asigurarea faptului că **celălalt este bine sau chiar fericit.** În particular, **este bine să se dea această asigurare atunci când cineva a murit.** Motivând prin dorinţa de a reduce durerea emoţională, aceasta poate avea efect opus, iar copiii se pot simţi **supăraţi pe cel care pare a nu vrea să fie cu ei** (Buckman, 1988). Copiii care nu sunt conştienţi de faptul că moartea este ireversibilă pot fi nefericiţi. Reasigurarea poate fi dată fără a exagera fericirea actuală sau imaginară a persoanei absente.

Copiii au, în general, tendinţa de a se blama pentru veştile rele. **Gândirea magică facilitează blamul de sine, vina şi ruşinea.** Sentimentele de ruşine şi jenă pot fi determinate de stigmatizare şi chiar anumite determinări de ordin medical şi social (diverse boli, dizarmonii familiale etc.). Astfel de gânduri şi sentimente negative apar când veştile rele sunt dezvăluite. Copiilor trebuie să li se spună în mod clar **faptul că nu sunt responsabili de veştile rele şi că nici nu ar fi putut să le prevină.** Trebuie avut grijă ca să nu primească alte mesaje care ar intra în conflict cu asigurările date.

Asigurările trebuie date chiar şi atunci când copiii nu exprimă asemenea gânduri şi sentimente. Posibilitatea de a crea probleme acolo unde nu există este minimă, comparativ cu stresul cauzat de blamul de sine şi ruşine. Există şi situaţii în care copilul sau

altă persoană este responsabilă sau contribuie la veştile rele. A încerca să alungi sau să negi contribuţia copilului sau a altei persoane, atunci când este cazul, nu este de ajutor – oricât de bine intenţionat ai fi – şi nu face altceva decât să ducă la instalarea unui climat tensionant şi de neîncredere, în care copilul este lăsat să se descurce cu aceste sentimente de unul singur.

În schimb, **copilul are nevoie să fie ajutat să vadă lucrurile în perspectivă;** copiii pot şi trebuie ajutaţi în momentul în care se dezvăluie vestea rea. Sentimentele devastatoare de ruşine şi culpabilizare nu pot fu îndepărtate la modul absolut, dar pot fi depăşite prin **testul realităţii.** Cele mai multe comportamente pot fi explicate prin lipsă de cunoştinţe, prin sentimentele persoanei la un moment dat sau prin circumstanţe atenuante. Discuţiile care determină copiii să se gândească la aceşti factori ameliorativi îi pot ajuta să pună lucrurile într-o perspectivă mai cooperantă.

Veştile rele determină şi un distrugător **sentiment de neajutorare şi inutilitate.** Acest sentiment poate fi depăşit în timpul dezvăluirii, prin **reasigurarea copiilor că vor fi informaţi cu ceea ce se întâmplă şi consultaţi în legătură cu deciziile care vor trebui să fie luate.** În situaţiile în care grija de sine reprezintă o parte importantă şi esenţială a programului de tratament, există motive pragmatice şi etice pentru a implica copilul. Nitschke şi colaboratorii (1982) prezintă cum copiii cu cancer terminal, în vârstă de numai 6 ani, **sunt capabili** să ia decizii cu privire la tratament şi sunt doritori să facă acest lucru.

În general, copiii **trebuie implicaţi în activităţi care să-i ajute.** Complexitatea emoţională şi intelectuală a adolescenţei justifică nevoia de a se implica în controlul propriilor experienţe, în stabilirea autonomiei şi a sensului de apartenenţă. Chiar când veştile rele se referă la ei, **copiii sunt de obicei dispuşi să-i ajute pe ceilalţi care sunt afectaţi.** Implicarea copiilor nu este fără dificultate şi, uneori, trebuie să fie ajutaţi să se implice în conformitate cu capacităţile lor şi să nu-şi stabilească angajamente mult prea mari. **Speranţa este un răspuns protectiv la veştile rele, o modalitate de a diminua**

intensitatea disperării şi a pierderii suferite şi permite unui copil să accepte gradual întreaga importanță a veştilor rele.

Chiar copiii care mor şi care experimentează ceea ce pare a fi cea mai fără speranță situație, **au speranță:** *„Totdeauna există puțină speranță, chiar dacă nu pentru vindecare, ci pentru o ultimă dorință sau pentru o ultimă fază confortabilă, pentru o moarte liniştită”* (Judd, 1993: 196). **Sentimentul neajutorării poate fi depăşit** atunci când veştile rele sunt dezvăluite, iar speranța poate creşte dând copilului o informație clară şi onestă, vorbind cu el despre ajutor, spunându-i ce poate face pentru ajutor, discutând deschis despre speranță, ca şi despre dezamăgire.

Să li se spună copiilor despre alții care s-au descurcat bine într-o situație similară poate fi de ajutor, dar poate de asemenea creşte stresul, făcându-i să se gândească la ceea ce trebuie să facă ei înşişi. **Tendința de a fi optimist sau pretenția de a discuta doar aspectele bune ale situației trebuie evitate.** Strategia de a răspunde cu unele speranțe nerealiste, cu amintiri abrupte sau numai cu anumite părți din adevăr, este totdeauna insensibilă şi, de obicei, ineficientă. **Copilului nu trebuie să i se dea o asigurare falsă, iar remarcile lui nu trebuie ignorate.**

Copilul nu trebuie presat în speranță, dar nici nu trebuie negată oportunitatea de a diminua disperarea. Consistența veştilor rele ajută copilul să accepte realitatea lor şi **să aibă încredere** în cei implicați. **Acceptarea realității pierderii** reprezintă **primul pas în consiliere** şi fără de care celelalte scopuri ar rămâne nerealizate, iar durerea nerezolvată (Worden, 1991). Fără acceptarea realității veştilor rele, un copil nu va fi capabil să înceapă procesul de **înțelegere a pierderilor.** Onestitatea poate fi respectată fără a expune un copil detaliilor brutale. Este de preferat să se aleagă termeni **mai puțin emoționanți** sau supărători, ținându-se cont de faptul că eufemismele, ambiguitățile şi subtilitățile **produc confuzie şi ele trebuie evitate.**

Dacă veştile rele conțin incertitudini, acestea trebuie înțelese. Falsa reasigurare nu este de ajutor şi nu contribuie la creşterea

încrederii copilului în cei implicaţi. Promisiunile trebuie date cu prudenţă, iar cele încălcate diminuează încrederea copilului în adulţi. Copiii recunosc asemenea discordanţe care pot deveni o altă sursă de stres şi motiv de îndoială şi neîncredere în oameni. Atunci când se vorbeşte despre viitor nu pot fi ocolite angajamentele şi, ca urmare, acestea trebuie onorate. Orice circumstanţe care fac imposibilă o promisiune trebuie explicate cu grijă şi în mod onest.

Deseori, copiii pun aceeaşi întrebare unei persoane şi chiar verifică răspunsurile, întrebând şi alte persoane. Asemenea situaţii pot fi cruciale în **stabilirea încrederii copilului în adulţi.** Acest lucru poate fi realizat printr-o comunicare bună, prin lucrul în echipă şi prin informaţie consistentă.

Este dificilă menţinerea unui răspuns onest şi consistent în faţa cererilor repetate ale copilului de a i se promite că veştile rele pot fi îndreptate, dar este posibil să i se ofere un răspuns de încredere, într-o modalitate corectă şi sensibilă. Buckman a dat un exemplu despre cum se poate răspunde la întrebarea: *„Când mă voi face bine?"* El sugerează un răspuns de genul: *„Dacă vom putea să te facem bine, o vom face".* Acest răspuns în va determina pe copil să întrebe: *„De ce nu poţi să mă faci bine?",* la care se poate răspunde: *„Uneori există lucruri pe care nimeni nu le poate şti cu exactitate"* (Buckman, 1988: 201).

Când un adult se simte incapabil să răspundă cu onestitate la întrebările copilului, va încerca să dea răspunsuri de genul: *„Îţi voi spune într-o zi"* sau *„Eşti mult prea mic pentru a înţelege",* răspunsuri care trebuie **evitate.** Mult mai de ajutor este răspunsul: *„Văd că eşti foarte îngrijorat şi îmi pare rău că eşti supărat. Cred că este important, dar este dificil să vorbim despre asta acum".*

În asemenea circumstanţe este recomandabil să se sugereze reasigurarea că problema nu este amânată sau evitată. Una dintre cele mai dificile întrebări pe care copilul le pune adultului este: *„Am să mor?".* De regulă, copiii nu pun direct asemenea întrebări dacă nu intuiesc deja adevărul şi nu sunt pregătiţi să-l audă (Pearson, 1983). Copiii cărora li s-a dat o informaţie onestă şi consistentă, în special când verifică prin observaţiile sau experienţele lor, sunt mult mai

pregătiţi să accepte realitatea veştilor rele şi suferinţa, să testeze orice vină sau jenă, să experimenteze mult mai puţine fantasme stresante.

Copiii vor reacţiona oricând în timpul dezvăluirilor şi un răspuns confortabil nu trebuie amânat. Când veştile rele sunt date, mesaje importante despre reacţiile apropiate copilului sunt inevitabile şi, deseori, greşite. **Patru mesaje esenţiale trebuie stabilite în lucrul cu copiii:**

1. Nu există sentimente drepte sau greşite şi chiar cele despre care copilul se poate simţi ruşinat/culpabilizat nu sunt comune şi nici rezonabile.
2. Este de ajutor să-ţi exprimi sentimentele.
3. Poţi fi ajutat să lucrezi cu sentimentele.
4. Nu există modalităţi corecte sau greşite de exprimare a sentimentelor; copiii au nevoie să fie protejaţi de propriile dureri/răni.

Este dificil de prezis cum va reacţiona un copil la veştile rele, dar **este de ajutor să cunoaştem modalităţile în care un copil poate reacţiona.** Copiii pot exprima **o varietate de emoţii** la veştile rele: anxietate, teamă, furie, vinovăţie, culpabilizare, tristeţe, singurătate, negare, neîncredere, disperare etc. Unele reacţii la veştile rele pot părea ciudate şi nepotrivite, făcând dificilă orice atitudine suportivă din partea adulţilor. Unii copii minimalizează importanţa veştilor rele, iar alţii arată o oarecare uşurare la comunicarea acestora. Pentru un copil nu este neobişnuit să simtă simultan emoţii diferite şi chiar conflictuale.

Totuşi, unele sugestii despre cum poate reacţiona un copil în astfel de situaţii se pot obţine luând în considerare:

- cum a reacţionat copilul la pierderi sau evenimente stresante anterioare;
- personalitatea copilului;
- abilitatea copilului de a înţelege semnificaţia veştilor proaste;
- contextul şi circumstanţele;
- relaţia copilului cu cei prezenţi;
- etnia copilului;
- cultura şi dinamica familiei de origine a copilului;

- felul în care va fi dată vestea.

Reacţiile specifice cer răspunsuri particulare, dar indiferent de reacţia copilului, aplicarea următoarelor **principii** poate fi de folos:

• **Prezenţa adultului alături de copil;** prezenţa unui adult de încredere este suportivă în sine, iar contactul fizic oferă un confort la orice vârstă, deşi unii copii mai mari ar putea să fie lăsaţi singuri şi să iasă la plimbare sau să caute singurătatea în camera lor.

• **Acceptarea gândurilor şi sentimentelor copilului.** Copiii au nevoie să lucreze cu propriile sentimente, oricare ar fi acestea, iar oferirea acestei posibilităţi nu compromite siguranţa lor sau a celorlalţi.

• **Empatie.** Copiii trebuie să ştie că sentimentele lor sunt recunoscute, fără să fie întâmpinaţi de declaraţii care să implice cunoaşterea exactă a modului în care simt. Afirmaţii empatice de genul: *„Văd că eşti supărat; trebuie să fie foarte greu pentru tine”*, pot să ajute în acest sens.

• **Împărtăşirea sentimentelor.** Exprimarea mutuală a gândurilor şi sentimentelor contribuie la crearea unui mediu deschis şi onest, în care copiii pot pune întrebări, pot vorbi despre anxietăţile lor şi îşi pot exprima gândurile şi trăirile. Împărtăşirea gândurilor şi sentimentelor previne izolarea copilului şi îi dă posibilitatea să ofere şi să primească confort emoţional. Nu trebuie lăsaţi să încerce sentimente confuze sau să se simtă culpabilizaţi de ceea ce se întâmplă.

• **Încurajarea comunicării;** toate principiile precedente pun accentul pe felul în care i se răspunde copilului. Poate nu este încă momentul potrivit pentru o analiză profundă a celor întâmplate sau pe cale de a se întâmpla, dar ajutorul poate fi oferit prin recunoaşterea empatică a dificultăţilor existente şi prin provocarea şa discuţii libere. *„Ai putea să-mi vorbeşti despre sentimentele tale?”*. Dacă răspunsul este negativ: *„Foarte bine, e-n regulă, putem vorbi oricând, mai târziu, dacă doreşti”*. Dacă răspunsul este pozitiv: *„Ce fel de sentimente ai?”, “Ce simţi tu?”*.

• **Sprijinul emoţional.** Poate fi întotdeauna oferit prin întâmpinarea nevoilor şi dorinţelor particulare ale oricărui copil.

Capitolul V

Către transmutarea suferinței. Tehnici de supraviețuire

Motto:
„Disperarea nu este libertatea însăși,
ci o pregătire necesară pentru libertate"
(Rollo May)

Provocările vieții actuale. O lume în transformare

Eforturi financiare uriaşe se fac pentru implementarea unor cercetări care să vindece boli incurabile, să dezvolte acele zone şi regiuni ale lumii de mult rămase în urmă, să introducă elemente de civilizaţie şi în triburile în care încă se mai păstrează primitivismul ş.a.m.d. Se produc schimbări rapide şi complexe în toate sferele vieţii sociale, economice, culturale şi politice. Sistemele etico-morale sunt puse pe alocuri sub semnul întrebări, iar sistemele valorice sunt zdruncinate. Se produc ciocniri de civilizaţii, din care cine ştie ce va mai rezulta! Războaiele civile, terorismul internaţional, migraţia maselor, şomajul alarmant, violenţa intrafamilială şi alte fenomene încărcate de conotaţii negative iau amploare. Sărăcia nu cunoaşte graniţe. Loveşte indivizi şi familii indiferent de etnie, nivel educaţional şi indiferent de vârstă. Creşte numărul celor singuri (copii, bătrâni, tineri), bătrânilor le lipseşte sprijinul familial, tinerilor un loc de muncă, iar copiilor hrana cea de toate zilele.

Numărul femeilor, copiilor, adolescenţilor loviţi de maladia incurabilă creşte vertiginos. Alternativele la îngrijirea familială

(plasament, foster) sunt din ce în ce mai solicitate, iar departamentele locale de servicii sociale se confruntă cu o lipsă din ce în ce mai acută a resurselor financiare necesare rezolvării problemelor sociale comunitare. Sistemele de transport public au devenit din ce în ce mai aglomerate. Miturile unei lumi fără margini sunt de-a dreptul spulberate. Refugiaţii aşteaptă să primească protecţie, hrană, îmbrăcăminte şi adăpost. Aşteaptă să fie înţeleşi, iar nevoile lor (fizice, emoţionale, sociale, spirituale) să fie satisfăcute. Vor libertate, intimitate şi confidenţialitate. Implementarea măsurilor de politică socială în vederea dezvoltării justiţiei sociale depind de puterea economică a ţării respective. Mass-media cuprinde până la saturaţie crimă, accidente, catastrofe şi dezastre. Scandalurile politice şi sexuale sunt la modă, iar opinia publică citeşte din ce în ce mai mult pamfletele politice. Multe din problemele care ar putea fi rezolvate sunt evitate, minimalizate sau pur şi simplu ignorate.

Bolile cu transmitere sexuală iau amploare, iar prostituţia îmbracă diverse forme. La toate acestea mai putem adăuga: nutriţie precară, bolile sărăciei, dependenţa de substanţe chimice, sistemele de sănătate sărăcite financiar, durere şi suferinţă în diverse forme, nevoia de educaţie din ce în ce mai neglijată etc.

Se resimte nevoia de a deveni cetăţean universal, cunoaşterea credinţelor şi a schimburilor interconfesionale, valorilor şi standardelor de viaţă ale diferitelor regiuni ale lumii. Schimburile informaţionale şi diferitele tranzacţii transculturale reprezintă deja un lucru comun.

Chiar şi atunci când se vorbeşte aceeaşi limbă pot exista diferenţe culturale între oameni. Cu toţii reflectăm moştenirea ţării şi familiei în care ne-am născut prin educaţie, religie, valori, credinţe, tabuuri, deprinderi, obiceiuri, instituţii, ceremonii, mod de petrecere a timpului liber, politici. Tradiţia vestică caracterizată prin individualism, competiţie între indivizi pentru status, recunoaştere, câştigă teren şi în ţările în care până nu demult se vorbea doar despre egalitate şi bunuri comune. Înţelegerea transculturală deţine adevărata putere şi este relevantă în reaşezarea la noi parametri şi dimensiuni a vieţii sociale.

Modalitățile de comunicare se diversifică din ce în ce mai mult. Comunicarea verbală (cuvinte, sunete, strigăte etc.) ocupă un loc extrem de important. Volumul vocii poate fi un indicativ al ostilității, furiei, bucuriei sau depresiei. Vocea ridicată este o caracteristică normală pentru unele culturi ca arabii sau nord-americanii. În Asia se tinde spre folosirea unei voci joase. Pentru unele persoane sfaturile practice sunt mai folositoare decât atitudinile empatice. Posibilitatea de exprimare a gândurilor, sentimentelor, speranțelor şi provocărilor poate conduce la mărirea încrederii în ceilalți. Se caută din ce în ce mai mult atitudini flexibile, deschise, oneste şi care să exprime educație şi civilizație.

Comunicarea nonverbală include tăcere, menținerea „distanței", contact vizual, limbajul trupului, expresivitate emoțională. În anumite zone culturale păstrarea tăcerii în timp ce altul vorbeşte reprezintă ceva neobişnuit, în timp ce în altele lucrul acesta este ridicat la rang de cult. În timp ce asiaticii preferă o distanță mai mare atunci când comunică cu cineva, latino-americanii, francezii, indienii, negrii americani, arabii preferă o distanța mai intimă/apropiată. Distanța confortabilă este dată şi de clasă, status social, gen, personalitate. Asiaticii consideră contactul vizual ca un semn al ostilității şi impoliteții. Negrii americani consideră contactul vizual ca un semn al lipsei de respect atunci când ascultă, dar un semn de înaltă onoare atunci când vorbesc. Gesturile, expresia facială, postura sunt extrem de importante în comunicare.

Înspre ce ne îndreptăm?

Întrebarea este învăluită în mister şi ar necesita o sumedenie de răspunsuri. Avalanşa de probleme globale şi necazuri individuale este de nestăpânit. Pe măsură ce găsim unele soluții, noi probleme răsar şi noi **mutații** se produc. În clipa în care scriem această carte, mii de oameni mor în chin şi suferință şi mulți alții sunt condamnați la o existență tragică şi lipsită de speranță. Foamete, vărsare de sânge, cutremure, războaie, maladii incurabile, anxietate existențială, poluare, risc de catastrofă ecosistemică şi moarte. Dinamicile epidemiilor ne îngrozesc.

Probabil că maladia incurabilă va căpăta proporţii uriaşe şi devastatoare. Pierderile multiple se vor întinde ca o pată de ulei. Mulţi oameni vor muri şi mulţi alţii se vor declara supravieţuitori ai multiplelor pierderi. Toate limbile pământului sunt prea sărace pentru a descrie durerea şi suferinţa. Termenii de traumă, durere, suferinţă etc. sunt prea puţin încăpători pentru asemenea experienţe: depresie cronică, patternuri de viaţă masochiste, anxietate cronică, boli psihosomatice...

Durerea - o experienţă personală şi comunitară

Durerea prezintă şanse egale pentru fiecare fiinţă în parte. Nimeni nu este imun la durere. Poate veni pe furiş sau dintr-o dată. Poate fi rezultatul morţii iubitului sau iubitei sau poate fi rezultatul unui eveniment neaşteptat ca suicidul, trauma, dezastru natural, un atac banditesc, viol monstruos ş.a.m.d. **Durerea implică una sau mai multe persoane.** Durerea poate afecta familii întregi, prieteni, cunoştinţe apropiate, profesionişti implicaţi în îngrijirea persoanelor aflate pe moarte etc.

Profesioniştii implicaţi în pierderi ireparabile nu sunt nici ei imuni la sentimentele şi senzaţiile asociate pierderii. Consilierii pot avea beneficiul experienţei şi cunoaşterii profesionale, dar durerea şi suferinţa sunt reale şi pentru ei ca şi pentru oricine altcineva. Vom încerca să surprindem manifestările fizice, psihice şi cognitive asociate pierderii.

Vom include câteva **metode şi tehnici de intervenţie**, cum ar fi ascultarea atentă, comunicare efectivă, sprijinul terapeutic şi grupurile de suport **axate pe durerea produsă de maladiile incurabile.**

Durerea este o experienţa **unică** pentru fiecare individ în parte. Nu există reţete în vederea ameliorării sau eliminării durerii şi nici zile mai bune sau mai proaste. Există aceeaşi durere pentru toţi şi pentru toate zilele. Timpul redresării diferă de la o persoană la altă şi include un număr variat de factori de influenţă. În cazul spitalizării nu se poate trasa o graniţă emoţională între pacient şi profesionist. O asistentă medicală comenta: *„Dacă am o relaţie profesională de lungă durată*

cu un pacient, este mult mai probabil să vorbim despre pierdere. Perioada de timp petrecută cu un pacient poate legitima durerea" (Chapman Dick, 1989: 62).

Legăturile emoționale, pozitive sau negative, care implică energie şi interes, speranță şi aşteptări sunt câțiva dintre factorii care dau înțeles şi semnificație pierderii. Durabilitatea şi intensitatea acestor factori influențează percepția pierderii (Baker şi Kelly, 1986).

Abordarea holistică sugerează faptul că implicarea profesioniştilor în tratarea aspectelor fizice atrage după sine şi implicarea în sfera psihosocială. Profesioniştii devin foarte ataşați de pacienți în timpul procesului de îngrijire şi aceasta serveşte la intensificarea sentimentelor pierderii atunci când pacienții vor muri.

În studiul realizat de către Martin (1990), sentimentele pierderii exprimate de către multe infirmiere sunt mult mai intense şi mai de durată decât au fost anticipate. Autorul explică acest fapt prin relația strânsă pe care acestea au realizat-o cu pacientul înainte ca acesta să moară. Martin argumentează afirmația că atunci când un pacient este rejectat de către familia sa, infirmiera ori asistenta medicală îşi va asuma rolul de înlocuitor al familiei.

Acest sens al identificării cu pacientul şi cu durerea acestuia va cauza sentimente de frustrație şi pierdere. **Suportul** de care au nevoie persoanele aflate în durere trebuie să includă **familia de origine, prieteni şi vecini**. Christ şi Wiener (1985) arată că pentru majoritatea persoanelor seropozitive sprijinul familial lipseşte, ceea ce măreşte drama trăirilor interioare.

Doka (1989) introduce conceptul de **durere nerecunoscută,** o durere neînțeleasă şi fără recunoaştere socială. Aceste pierderi au loc atunci când unei persoane nu i se recunoaşte un rol clar şi corect sau când nu are capacitatea de a simți durerea. Autorul citat evidențiază faptul că societatea are seturi de norme care stabilesc cine sunt persoanele care suferă, cât timp suferă, unde, când şi cum.

În acest caz, persoana suferă pierderea, dar nu întotdeauna are posibilitatea de a jeli public, de a i se recunoaşte de către societate durerea care o chinuie. Într-o societate care are roluri şi norme clar stabilite, este extrem de dificil de trăit altfel. În această situație se află

cei ce suferă pierderi legate de SIDA, homosexualii şi alte grupuri sociale aflate la risc de excludere şi marginalizare socială.

Studiul lui Gordon (1993) arată că infirmierele care lucrează cu pacienţi seropozitivi primesc foarte puţin sprijin din partea familiei şi a prietenilor. Această atitudine reflectă tendinţa societăţii de a-i stigmatiza şi discrimina, din cauza căreia pacienţii se confruntă cu o pierdere a confidenţialităţii şi a stimei de sine.

• **Opţiuni în refacere - renaştere şi redresare**

Factorii care influenţează relansarea din durerea pricinuită de maladiile incurabile includ modalităţile în care cei apropiaţi au decedat, pricinile de suferinţă, dramele suferite, contextul instituţional sau mediul familiar ş.a.m.d. Când apar incidente nedorite, supravieţuitorii se pot simţi vinovaţi, se pot blama (*„Dacă nu aş* fi *făcut...", „Dacă aş* fi *ascultat de părinţi", „Dacă l-aş fi putut ajută măcar şi numai pentru o clipă"* etc.). Sunt regrete care reflectă afaceri neterminate şi se pot baza pe realitatea percepţiei.

Este foarte important ca afacerile nefinalizate să fie rezolvate înainte de apariţia morţii, pentru că după aceea nu mai este posibil. Atitudinile şi sentimentele clare sunt cel mai mare cadou care poate fi acordat apropiaţilor şi celor dragi, incluzând dragostea noastră, gândurile, scuzele şi dorinţele. Price şi Murphy (1984) analizează secătuirea interioară ce însoţeşte pierderea şi durerea. Ei consideră că **modul de înţelegere a durerii s-a modificat în ultimile două decenii**. Durerea indică nu numai o stare de tristeţe, ci un proces ce poate include, după o anumită perioadă de timp, un evantai de stări interne şi comportamente dintre care unele depăşesc tristeţea şi plânsul.

Durerea conduce la **schimbarea de atitudini** în rândul celor care suferă şi poartă doliu, ca şi la **creşterea capacităţilor de a recunoaşte o varietate de comportamente ca moduri de a face faţă la pierderi**. Acest proces poate fi interceptat şi măsurat înainte de a deveni sever, iar tratamentul poate începe timpuriu. Este necesar să se recunoască atât procesul de secătuire interioară, cât şi procesul dureros. În studiul lui Bennett şi Kelaher (1993) anxietatea a fost legată de nivelul durerii.

În cazul celor la care durerea este prezentă la un nivel ridicat, este cel mai probabil să se înregistreze şi un nivel mare de anxietate. **Relaţia interactivă dintre durere şi anxietate** îi determină pe cercetători să-şi exprime îngrijorarea în legătură cu faptul că **durerea ar avea o influenţă pentru profesioniştii din domeniul medical**. Dacă nu se lucrează cu durerea, personalul poate fi mult mai expus la secătuire interioară. Stroebe şi Suoebe (1987) au analizat legătura dintre stres şi durere pentru a explica consecinţele fizice şi psihologice care rezultă din suferinţă. Ei au arătat că problemele de sănătate, anxietatea şi inabilitatea de a face faţă pot fi rezultatul expunerii la multiple experienţe de durere.

Price şi Murphy (1984) consideră că secătuirea interioară implică pierderi considerabile pentru cel care lucrează cu astfel de pacienţi şi este, în parte, **un răspuns la pierdere**. Pierderea implicată este descrisă drept o **pierdere a unei părţi a Sinelui**, care poate include deziluzia, pierderea motivaţiei pentru implicare creativă, retragerea emoţională din relaţiile interpersonale. Mai mult decât atât, relaţiile sociale (loc de muncă etc.) pot fi de asemenea afectate.

Aceeaşi autori afirmă că „persoanele se încred în propria judecată referitoare la faptul că cei care lucrează cu un nivel înalt de stres, cu persoane care mor sau care suferă, **îşi pun propriile relaţii intime în situaţie de risc**. Victimele secătuirii interioare nu sunt buni iubiţi" (1994: 50).

Kavenaugh (1973) propune şapte stadii de adaptare la o muncă stresantă: şoc, dezorganizare, emoţii volatile, vinovăţie, pierdere şi singurătate, uşurare şi restabilizare. Stadiile de şoc şi dezorganizare rezultă din faptul că îngrijitorii care sunt pregătiţi să vindece îşi văd pacienţii murind, deşi ei îşi doresc să vadă cum se însănătoşesc. Lipsa de concentrare în depăşirea acestor stadii poate conduce la o stare de nerealism şi dezorientare la locul de muncă. Modul în care profesioniştii se adaptează la aceasta poate afecta sănătatea lor emoţională şi abilitatea de a accepta moartea ca un rezultat normal şi anticipat. **Emoţiile negative** apar periodic pentru o mare parte din **personalul care lucrează în îngrijire terminală.**

Grupurile de suport sunt necesare pentru a oferi empatie şi acceptarea acestor emoţii. Este îndeobşte recunoscut faptul că profesioniştii care oferă suport nu ştiu că, la rândul lor, au nevoie să primească sprijin şi suport.

Înţelegerea şi depăşirea stadiului de vină este un pas important în adaptarea cu succes la pierdere. Decesul unui pacient poate conduce la o revizuire a standardului de îngrijire pe care profesioniştii i l-au oferit. Unii dintre profesionişti pot face aceasta fără a simţi vreo greşeală reală sau imaginară în acordarea celui mai bun nivel de îngrijire cu putinţă.

Sentimentul de vină poate acţiona ca un antidot psihologic faţă de sentimentele de neajutorare. **Recunoaşterea acestor procese mobilizează personalul să lucreze cu propriile sentimente de neajutorare mult mai uşor decât să poarte greutatea culpei.** Vinovăţia nerezolvată reprezintă poate cel mai destructiv factor implicat în sindromul de stres, ce poate conduce la secătuirea interioară. Tristeţea apare atunci când persoana este pe deplin conştientă de pierdere.

Un sentiment persistent de singurătate poate fi un semnal că este nevoie ca persoana să-şi ia un timp pentru relaxare şi odihnă. Cei care au trecut cu bine prin stadiile menţionate mai înainte pot descoperi un anumit sens al realizării, prin conştientizarea faptului că ei au reuşit să supravieţuiască acestui stres. Conştientizarea faptului că au trecut cu bine poate aduce un sentiment de uşurare. Adaptarea care urmează este o posibilitate de a echilibra un mediu deja alterat. Un rezultat pozitiv conduce la schimbări care adesea implică lărgirea capacităţilor profesionale şi umane ale celor implicaţi.

- **Sprijin exterior - salvarea prin prieteni**

În astfel de situaţii, de o importanţă deosebită se dovedesc a fi **grupurile de suport**, persoanele pe care te poţi sprijini. În cazul persoanelor seropozitive, după mai bine de 10 ani de popularizare a acestei boli, ele încă se mai confruntă cu stigmatizarea şi discriminarea. Este ignorată în câteva culturi şi privită ca o boală asociată cu anumite

comportamente murdare, ca o boală care nu afectează persoanele cuminți. Fără prieteni şi fără sprijin extern, pacienții se pot simți izolați şi singuri, abandonați de soartă, iar tristețea poate avansa în intensitate.

Apar stresul şi anxietatea, se neglijează pe ei şi pe ceilalți şi, uneori, apare abuzul de substanțe narcotice. Evenimentele curente le pot afecta profund abilitatea şi instinctul de supraviețuire, alterând funcționarea la parametri normali a propriei personalități. A găsi înțeles şi sens în aceste decese, necazuri şi pierderi multiple înseamnă o încercare de continuă adaptare la jale, durere şi chin interior.

Evenimentele curente de viață includ: divorț; separare de cei dragi; pierderea slujbei; migrarea dintr-un loc în altul sau dintr-o țară în alta; pierderea asigurării medicale; abuzul sexual, emoțional sau fizic; ziduri spirituale; un partener sau copil bolnav; schimbări majore în plan financiar ş.a.m.d. Sunt unii care, din motive bine întemeiate - gen, vârstă, cultură, etnie, percepție de sine, religie, stil de viață - sunt incapabili în a-şi exprima sentimente autentice şi nevoi iminente.

Aceste persoane îşi îngroapă propriile sentimente; se percep ca fiind destul de puternice pentru a rezista. Pentru ele, puternic e acela care renunță la durere. Când durerile sunt înăbuşite, mai târziu, o nouă explozie va avea loc, aducând la lumină tot ceea ce în trecut nu a fost rezolvat. Refacerea va fi mult mai dificilă şi va avea nevoie de mult mai mult timp. Durerile acumulate în timpul vieții nu sunt neapărat individuale şi nu au o singură istorie.

Dacă vom ignora să le tratăm la timp, vor reveni multiplicate deja şi cu istorii poate mult mai tragice. Supărările şi necazurile sunt unice pentru fiecare în parte şi, într-adevăr, suferința cuiva poate fi câştigul altcuiva. Cum să învățăm să conviețuim şi să facem față acestor dureri şi necazuri? Durerea este o reacție şi un răspuns natural la decesul cuiva apropiat. Prezintă coordonate emoționale, cognitive, fizice, comportamentale şi spirituale (Worden, 1991).

Tristețea reprezintă cel mai comun sentiment al pierderii, care poate fi exprimat prin lacrimi şi plânset. **Furia** poate fi vizibilă, înăbuşită sau reprimată. În special femeile nu recunosc sentimentele de furie pe care le au în contextul unui deces. De asemenea,

prietenilor nu le face mare plăcere să audă sau să vadă furia care poate însoţi un deces. Supravieţuitorii deseori exprimă sentimente de singurătate, abandon şi neglijare din partea prietenilor.

Culpabilizările sunt frecvente: *„Dacă aş fi ascultat de mama mea pe care am iubit-o..."*, ca şi **anxietatea** cu privire la viitor: *„Cine va mai avea grijă de mine?"*. Copiii pot fi anxioşi şi pot întreba: *„Oare va muri tata? Cine va avea grijă de mine?"*. Frica faţă de necunoscut. Teama de viitor. Frica de a nu putea supravieţui. Sunt foarte puţini oamenii care, ştiind ceea ce ei sunt, nu simt nevoia de a întoarce viaţa măcar cu o secundă înapoi, atunci când nenorocirile se abat asupra lor.

O nenorocire nu vine niciodată singură şi nici unul dintre noi nu este scutit de umbra morţii. Cei ce au suferit pierderi prin deces, mărturisesc că primele 15-20 de secunde după ce realizezi tragicul eveniment sunt teribil de greu de suportat. Plânsul şi scrâşnirea dinţilor te-apucă. Nu puţini sunt cei care încărunţesc. Nu numai că se simt confuzi, dar simt că o să şi înnebunească în secunda următoare. Imaturii emoţional, dependenţii sunt în cea mai mare măsură expuşi.

Pierderea puterii de concentrare, imparţialitatea memoriei, probleme simple care par a fi complicate, şofatul care se transformă în hazard pentru tot restul drumului, sentimentul de nevrednicie - toate devin cea mai haotică faţă a răspunsului la suferinţă.

Răspunsul la moarte include, în plan fizic, intensificarea ritmului cardiac, respiraţie tăiată, uscăciunea gurii, transpiraţia palmelor, lacrimi involuntare, crampe stomacale violente, greaţă. Zilele următoare includ dureri de cap, sufocări, pierderi de apetit, slăbiciuni musculare, hiperventilaţie etc. Tulburări de somn apar adesea. Somnul poate fi absent sau de scurtă durată. Apar vise şi coşmaruri despre cel decedat.

O continuă senzaţie de amorţeală, goliciune şi irealitate pune stăpânire pe cel chinuit şi necăjit. În plan comportamental, aceste dureri se manifestă prin retragere din activităţile cu caracter social, absenteism cronic, hiperactivitate, poveşti interminabile despre cel decedat, vizite frecvente la locul înmormântării, activităţi deşarte.

Fotografiile celui decedat pot fi distruse sau, din contră, afişate la loc de cinste. Cel decedat poate fi ridicat în slăvi şi idealizat astfel încât să nu mai poată fi recunoscut de prieteni şi cei apropiaţi. Nu mai are nici un fel de sentimente şi aspecte negative, totdeauna fiind în relaţii extraordinar de bune cu cei din jur.

Atunci când aceste comportamente sunt de scurt termen şi gradual modificate, în funcţie de rezolvarea durerilor, nu reprezintă un potenţial patologic pentru viitoarea conduită a persoanei suferinde. Dacă asemenea gânduri nu scad în timp, ele pot reprezenta un simptom al unei reacţii dureroase complicate, în a cărei ameliorare se impune intervenţia unui psihoterapeut. Vorbitul şi scrisul despre moarte reprezintă un exerciţiu intelectual până în momentul în care moartea se apropie de sufletul şi inima noastră. Atunci se poate dobândi un înţeles al durerilor şi suferinţelor.

Fiecare dintre noi va supravieţui într-un mod unic, într-un timp personal, căpătând deprinderi şi sisteme de suport proprii, înţeles asupra relaţiilor de pierdere ş.a.m.d. Nu există o modalitate corectă de a suferi. Etapele şi treptele doliului sunt discret ghidate de către consilier, care-l asistă pe cel prins în astfel de mreje. Parkes (1972: 110) recunoaşte că supravieţuitorii devin în prima fază a doliului amorţiţi şi nemişcaţi. Apoi, refuză ajutorul, devin elastici în conştiinţă, uluiesc prietenii şi chiar propria familie prin această calmă abilitate de a funcţiona, se reîntorc la muncă după câteva săptămâni de stat şi de privit, se cred mai profunzi şi mai pricepuţi în înţelegerea vieţii.

Această stare care însoţeşte pierderea poate dura câteva săptămâni sau chiar luni, după care vine vremea revenirilor şi a redresării. Rudele se reîntorc la casa lor, prietenii realizează că-ţi merge din ce în ce mai bine şi că se pot reîntoarce la propria lor viaţă să-si trăiască amarul zilei de mâine.

Văzându-te singur, amorţit şi şocat de cele întâmplate, nevenindu-ţi să crezi cele ce ai trăit, începi să te simţi dezorganizat şi să simţi că nu-ţi mai pasă de ceea ce cândva se chema convenţional ordine. Realizezi că viaţa mereu se schimbă şi că ceea ce ţi-a aparţinut cândva

nu se mai reîntoarce la tine. Trăieşti experienţa singurătăţii, goliciunii, izolării şi fragmentării. Rugul interior arde întruna şi nu se mai mistuie.

Micile probleme de altădată devin de astă dată munţi de netrecut, deciziile sunt ilogice, farfuriile murdare se scufundă în chiuvetă ş.a.m.d. Interiorul devine şifonat şi fărâmiţat. Persoanele anterior organizate vor face lucruri de-a dreptul bizare, pentru a crea aparenţele că pot păstra ordinea şi controlul.

Dacă, în această perioadă, apar şi alte pierderi, atunci o reîntoarcere la starea iniţială, descrisă anterior, este iminentă.

Odată depăşită această etapă, reapare **reorganizarea**. Aceasta înseamnă că urmează şi alte zile în care memoria nu-ţi va fi ocupată doar de cel iubit şi dispărut, starea de somn se apropie de normal, lacrimile şi singurătatea încep să dispară, angajarea în sfera socială şi comună celorlalţi devine mai aproape de sufletul tău.

Viitorul este anticipat mai pozitiv, apare şi bucuria restabilirii prieteniilor. Aniversarea la o perioadă de timp a decesului înseamnă un nou moment de confuzie. Emoţii puternice te vor încerca. Este normal să fie aşa, dar fără durere şi stres. **Reconcilierea cu pierderea şi reintegrarea în viaţă este tot ce-ţi mai rămâne.** Semnele acestora încep să apară în primul an şi, mai apoi, în anii ce vor mai urma. Sufletul mâhnit este pregătit pentru orice fel de întâmplări. Nimic şi nimeni nu-l mai poate lua prin surprindere.

Prima ţintă este aceea de a accepta realitatea pierderii suferite. Înainte de confruntarea cu pierderea şi acceptarea ei, înainte de recunoaşterea emoţională şi intelectuală a adevăratei şi ireversibilei separări (cel puţin în această lume), procesul durerii este deja început.

A doua ţintă majoră se referă la începerea procesului de angajare practică în durere şi suferinţă, o provocare pentru expectaţiile noastre culturale şi lacrimi de a reconverti cât mai rapid, în propriul nostru interior, cele întâmplate. Durerea poate produce un disconfort profund celor care parcă nu sunt afectaţi de ea, celor care o neagă. Prezenţa întâmplătoare sau contexte de hazard pot aduce neplăceri.

În zilele noastre, oamenii se simt vinovaţi şi le este ruşine de durere, nu se mai recunoaşte antica nevoie omenească de a trăi şi prin suferinţă. Există o mulţime de lucruri şi fapte care pot ajuta procesul îndurerării.

Acesta este un moment în care blamarea de sine şi blamarea altora apare în prim plan. Viaţa poate fi înfăşurată în regretele lui „dacă". *„Dacă nu m-aş* fi *născut!" ş.a.m.d.,* suferinţa absolută regretă chiar şi ziua naşterii, aşa cum plângerea lui Iov ne-o demonstrează, regretă ziua cunoaşterii iubitei care te părăseşte, regretă ziua ceasului fatal când fu să fie, regretă tot ceea ce se leagă de disperare. Ce să mai vorbim de roluri şi lucruri majore ca iubirea, sentimentul apartenenţei, finanţe, poziţii comunitare etc. Cererile şi strigătele după ajutor nu sunt totdeauna auzite. În astfel de situaţii, **rolul specialistului consilier este de a valida cunoaşterea şi sprijinul sentimentelor de doliu, încurajarea ventilaţiei durerilor şi prevenirea altora de acelaşi gen**. Tot ce trebuie să faci este să asculţi atent şi empatic, fără a judeca şi fără a da sfaturi.

A treia ţintă importantă priveşte **ajustarea contextului şi circumstanţei în care se petrec pierderile**. Înseamnă cristalizarea şi respectarea diferenţelor individuale de vârstă, gen, etnie, credinţe spirituale şi religioase, ale percepţiilor sprijinului extern, ale instinctului de supravieţuire, ale evenimentelor curente de viaţă, ale importanţei relaţiilor interpersonale. Durerea se amplifică în magnitudine odată cu pătrunderea traumelor în întreaga familie, afectând toţi membrii familiei. Problemele par complexe şi fără soluţii la prima vedere. Modificările pot fi atât de pregnante, încât se pot schimba deprinderi care păreau deja consolidate: un anumit fel de a găti, de a conduce, de a planta pomi în grădină, de a face cumpărături etc.

Unele roluri pot fi drastic diminuate. Noile deprinderi par a fi distrugătoare - şi nu este imposibil să şi fie. Ajutor pentru reale şi adecvate deprinderi practice poate fi obţinut de la prieteni, colegi, grupuri de suport, specialişti şi chiar de la alţi părtaşi de suferinţă. Ajutorul propriului consilier este de un real folos în învingerea momentană a durerii.

Iată un scurt exemplu de ajutor dat de către consilier (Doru Buzducea) unui copil de 9 ani, semiabandonat într-o clinică de imunodeficienţă pentru copii. O scrisoare pe care acesta dorea să o trimită mamei sale. Nu ştia să scrie, pentru că de la vârsta de 5 ani a fost lăsat mai mult în spital decât acasă.

„Dragă mamă,

Te rog să-ţi faci timp să vii pe la mine la spital, pentru că mi-e dor de tine. Am vorbit cu domnul doctor Sorin, care mi-a spus că s-ar putea să vin într-o zi pe acasă cu Doru, să vă vizitez. Plâng mereu când mă gândesc la tine. Aş vrea să vin de tot acasă. Ce mai fac fraţii mei? Unde îmi este biciul meu, măi mama? Când o să-mi cumperi calculatorul, jocul mecanic, jucăriile promise şi îmbrăcămintea de care am nevoie? Am strâns câteva hăinuţe care au rămas mici de mine, pentru sora mea Petra şi chiar câteva pentru Bobi.

Cu drag şi dor, băiatul tău,
Cătălin din Colentina.

Azi, 4 iunie 1998".

Scrisoarea a fost trimisă mamei, care şi-a mărit frecvenţa vizitelor la spital.

Copiii sunt extrem de sensibili la separare. Ajutorul poate veni de la terapeutul familial, de la consilierul şcolar, de la învăţător şi profesor, de la partenerul de joacă. Există diverse moduri de a căpăta un sens al securităţii într-o lume prăbuşită la pământ.

Cea din urmă ţintă se referă la reorganizarea emoţională şi pătrunderea din nou, pe uşa din faţă, **în viaţă**. Consilierii specializaţi în pierdere numesc acest lucru **eliberare şi pătrundere**. Totuşi, cei care au iubit cu adevărat nu-şi pot permite întotdeauna eliberarea, pentru că acest lucru implică o izgonire a ceea ce a mai rămas din celălalt în tine, eliminarea imaginilor şi gândurilor despre cel pierdut, ca şi când niciodată nu s-ar fi întâmplat ceea ce de fapt s-a întâmplat.

Durerea consumă cantităţi enorme de energie ducând, treptat, la epuizare şi secătuire interioară. Dar când apare

reconcilierea cu pierderea, suferința este capabilă să se transmute într-o experiență mult mai confortabilă.

Energia este acum capabilă să se reintegreze într-o nouă viață, individul poate accepta prezentul şi se poate angaja în viitor planificând şi chiar sperând. Specialiştii în pierdere au una dintre cele mai utile obligații profesionale şi morale, aceea de a provoca şi ajuta persoanele care au suferit pierderi la reconcilierea şi reintegrarea durerii şi suferinței. Comunicarea efectivă şi ascultarea activă sunt esențiale acestui proces.

• Transmutarea suferinței - comunicare şi ascultare atentă

În consiliere şi terapie, deprinderile de comunicare şi ascultare atentă merg mână în mână.

A comunica înseamnă a împărți şi împărtăşi cunoaştere şi experiență, a schimba informație, a cristaliza o relaționare plină de înțeles. Înseamnă un efort de a auzi ceea ce spune celălalt, a lua aminte la murmur şi suspin, a acorda atenție mişcărilor şi gesturilor, a exprima ceea ce simți şi gândeşti la un moment dat, în legătură cu ceva sau cineva. Comunicăm verbal şi nonverbal, conştient şi inconştient, voit sau nevoit.

Comunicarea se produce prin cuvinte, cântec, mormăit, geamăt, chicote, râsete, dialect, argou, sarcasm, hiperbolă şi o multitudine de limbaje care au la rândul lor sub-limbaje cu tonalități, fraze şi rostiri specifice derivațiilor etnice şi culturale. Felul în care comunicăm stârneşte reacții şi răspunsuri dintre cele mai diverse. Trebuie să fim tot timpul conştienți de ceea ce dorim să spunem şi s-o facem într-o formă cât mai succintă şi cu un grad ridicat de acuratețe. Mesajul poate fi transmis prin scris, verbal *(face to face),* prin atingere sau prin limbajul trupului.

Acesta din urmă, împreună cu expresia facială, ne dau de gol de cele mai multe ori. Să fim atenți şi la modul în care cel căruia i-a fost adresat mesajul îl va recepta şi înțelege. Un rol important îl are şi contextul în care are loc comunicarea. O bună comunicare are loc atunci când cei care comunică se simt confortabil unul cu altul şi acceptă faptul că sunt diferiți şi că se vor putea respecta reciproc. În

terapie, comunicarea eficientă cere claritate, deschidere, onestitate, compasiune, confidenţialitate, respect pentru alte puncte de vedere, voinţa de a-ţi asuma riscul, recunoaşterea şi acceptarea faptului că valorile sunt diferite şi că prejudiciul este dăunător şi chiar prezintă un potenţial pericol.

Comunicarea şi ascultarea atentă sunt dependente una de cealaltă.

Ascultarea atentă cere linişte, loc ferit de zgomote, continuitate, uşa închisă, telefon scos din priză, ţigara stinsă, limbajul corporal intrat în alertă, contact vizual, câmp vizual interactiv fără bariere materiale, minte iscoditoare. Relaţia interpersonală trebuie să fie relaxantă şi calmă, evitând datul sfaturilor sau devalorizarea sentimentelor. Ea se bazează pe **acceptare necondiţionată**. Atenţie foarte mare la faptul că durerea şi jalea nu se exprimă în modalităţi coerente şi că diferenţele de limbă, sex, cultură, stil de viaţă îşi spun cuvântul. Dacă ai înţeles ceea ce ţi s-a spus, atunci **dă asigurare** celui ce-ţi transmite mesajele, sau reformulează şi solicită confirmarea interlocutorului.

Deseori, persoanele care se confruntă cu multiple pierderi nu ştiu cum să exprime chinul şi durerea. Unii exprimă pierderea prin **implicarea în activităţi** care solicită foarte mult timp şi care permit o întoarcere târzie sau chiar deloc acasă. În aceste cazuri se poate sugera o plimbare pe plajă, mersul la film, luarea cinei cu un foarte bun prieten.

Nu sunt excluse nici abuzurile de tutun, cafea sau alcool. De obicei, aceste abuzuri sunt temporare. Mijloacele de reducere a durerii trăite nu trebuie să fie spectaculoase, ci mărunte şi sigure. De exemplu, mersul la gimnastică de trei-patru ori pe săptămână, măcar o masă decentă pe zi, timp de recreere, program raţional de somn.

Stabilirea unui **timp special** pentru jelire, doliu şi plânset înainte sau după muncă înseamnă că individul poate funcţiona normal după aceea în timpul orelor de lucru. Înseamnă căutarea şi găsirea unui loc liniştit, rămânerea acolo 20-30 de minute şi cheltuirea acestui timp împreună cu imaginea celui dispărut (pierdut).

„În mintea ta, vorbește cu el, atinge-l, plânge, strigă, gândește și fii cu el atât cât poți de mult, dar evită idealizarea lui..." Inciziile cu grad scăzut de anestezie sunt, aşa cum este şi firesc, dureroase, dar se pare că procesul de vindecare necesită asemenea scurtcircuitări de redresare.

În altă ordine de idei, parcă ceva magic se întâmplă între cap şi inimă atunci când jalea şi durerea sunt aşternute pe hârtie. „Puterea cathartică **a scrisului** dezvoltă eliberare emoțională şi poate ajuta eventual viaţa să devină mai uşoară" (Rainer, 1978: 53).

Ţinerea unui jurnal al lacrimilor, durerilor, temerilor, suferințelor, disperării şi chinurilor poate fi de ajutor. Cuvintele scrise eliberează memoria şi sentimentele încărcate negativ încep să se ofilească. Se evită şi idealizarea celui pierdut printr-o descriere reală a acestuia. Obiceiurile lui sunt văzute obiectiv, unele fiind iritabile, frustrante, iar altele insuportabile. Dacă, în relația cu cel pierdut, a fost prezentă vreo formă de abuz, deşi negată odinioară, acum poate fi povestită în scris. În timpul întâlnirilor terapeutice, supraviețuitorului trebuie să i se dea - atât cât este posibil - asigurarea că viaţa este încă plină de speranță, frumoasă chiar, provocatoare pe alocuri, plină de oportunități şi înţeles.

Există multe alte lucruri pozitive care pot să se întâmple în jurul său. Invită-l să învețe, să experimenteze. **Gândirea pozitivă** poate fi dezvoltată aşternând pe hârtie câteva lucruri pozitive care i s-au întâmplat: evenimente de viaţă, o scrisoare de la un prieten, un cântec de pasăre auzit într-o seară, un telefon neaşteptat de plăcut, stabilitate financiară, o pisică iubitoare şi orice altceva este pozitiv în viaţa sa.

Concentrarea pe lucrurile bune ajută enorm de mult la echilibrare, măreşte doza de confort, permite recunoaşterea frumuseții vieții aici şi acum, dezvoltă un sens al păcii şi securității. Supraviețuitorii norocoşi **trec prin pierdere şi suferință cu ajutorul prietenilor, familiei, consilierilor specialişti în pierdere şi a partenerilor de suferință**. Alții pot beneficia şi de ajutorul **grupurilor de suport**.

Lucrând într-o clinică de boli infecţioase specializată în tratarea persoanelor infectate cu virusul imunodeficienței umane, în

calitate de consilier, unul dintre autorii acestei cărţi a avut posibilitatea de a fi alături de aceştia, de a înţelege măcar în parte durerea şi suferinţa lor, considerându-se un norocos pentru faptul că a ajuns să lucreze acolo unde se spune că iadul a coborât pe pământ. Iată un fragment de mărturisire din experienţa clinică parcursă de Doru Buzducea:

*„Majoritatea celor infectaţi sunt copii, inocenţi, puri, nevinovaţi, iar unii conştienţi de boala pe care o au. Discuţiile purtate cu părinţii acestora sunt uneori sfâşietoare. Dorinţele şi speranţele acestor copii sunt uneori de-a dreptul uluitoare. În continuare redăm deja celebrele «***20 de dorinţe ale lui Nicu***», un copii de 11 ani, infectat cu HIV şi care, aflat în faza terminală, probabil va fi trecut în lumea celor sfinţi atunci când această carte va fi văzut lumina tiparului. Lucrând cu el asupra pierderilor într-o după amiază tristă, am avut inspiraţia să-l provoc la trăirea întru speranţă. Paradoxal, nu? L-am întrebat care ar fi dorinţele lui. Fără să stea pe gânduri mi-a spus: „Ia repede un pix de pe masa mea şi scrie în viteză ce-ţi voi spune eu". Mi-a spus exact ceea ce veţi citi în continuare: «***două telefoane staţie poliţie, un lasou ca teroriştii, patru agăţători, costum cowboy, pantofi cowboy, pipă cowboy, tutun cowboy, brichetă cowboy, mănuşi cowboy, îmbrăcăminte cal, cal, găleată cal, cinci frânghii, arc + săgeţi otrăvite pentru pui, ceas ca al lui Doru, suporturi pentru pistol, ţinte cowboy, două ţigări cowboy, undiţă + mulinetă, şapte rulete 5 m***» Aceste geniale vorbe ce insuflă speranţă unui copil deja aflat pe patul morţii anulează, parcă, orice altă suferinţă umană."*

Această listă, numită pe bună dreptate «cele 20 de dorinţe ale lui Nicu», a fost prezentată de către echipa de asistenţă psihosocială din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecţioase Colentina din Bucureşti, la cea de-a XII-a Conferinţă Internaţională SIDA, ce a avut loc în iunie-iulie 1998 la Geneva. Analiza conţinutului simbolic al «dorinţelor» este relevantă pentru modul în care copilul poate face faţă suferinţei.

Nici copii nu trebuie uitaţi în procesul consilierii. Nimic nu poate fi mai distrugător pentru un copil decât pierderea unui părinte sau a unui frate deşi, uneori, durerea lor nu este recunoscută,

înțeleasă sau validată. Nerezolvarea acestor pierderi la vremea lor le va afecta viața mai târziu.

Copiii își exprimă pierderile altfel decât adulții și, pentru că nu tot timpul plâng sau sunt în mod vizibil întristați, sunt greșit interpretați ca simțindu-se bine - când de fapt întregul lor univers plânge și jelește. Polumbo (1978) sugerează faptul că modul lor diferit de a suferi este influențat de stadiul de dezvoltare cognitiv și emoțional. Pierderea prin moarte a unui părinte este în mod evident o traumă, dar nu totul duce în mod necesar la stagnare în dezvoltare.

Copiii cu vârste cuprinse între **5 și 7 ani** reprezintă un grup particular **vulnerabil**. Sunt destul de dezvoltați din punct de vedere cognitiv pentru a înțelege ramificațiile permanente ale morții, dar au la îndemână foarte puține mijloace de a le face față. Egoul și deprinderile sociale sunt insuficient dezvoltate; este important de recunoscut că „lucrul cu suferința" nu se desfășoară în același mod ca și cu adulții. Suferința copiilor poate fi reactivată când sunt reactivate evenimente importante legate de pierdere; este important să dezvolți **abordări preventive** pentru copiii care și-au pierdut părinții. Mulți copii nu au acces la consilieri specializați în pierdere sau la grupuri de suport. Cum să explici moartea copiilor? Cum să răspunzi pe înțelesul lor, dar și cinstit în același timp? Copiii care și-au pierdut întreaga familie sunt totdeauna expuși riscului.

Dincolo de înțelegerea noastră este faptul că totdeauna **copiii găsesc resurse să înțeleagă durerea, să supraviețuiască pierderilor, să găsească modalități creative pentru umplerea vieții.** Durerea și suferința sunt părți **naturale** ale vieții noastre. Punctarea morții cu anumite **ritualuri** înseamnă o oportunitate de a valida și memoriza viața celui decedat, de a ne acorda suport unui altuia. Din acest punct de vedere, ritualurile morții echivalează cu o socioterapie. Separarea geografică poate fi o posibilă piedică în trăirea acestor ritualuri. Dar durerea poate dezvolta și posibilitatea **identificării personale și fortificării Eului, explorării și creșterii** în modalități și sensuri nebănuite până atunci.

Forme şi posibilităţi de ajutorare: atenuare - ameliorare - aplanare

Psihosocioterapia durerii dintr-o perspectivă existenţială şi spirituală

Un cer nou şi un pământ nou, pe care să domnească pacea şi buna înţelegere. Ideal, amăgire sau posibilă realitate? Privind în istoria umanităţii de până acum, se pare că un asemenea deziderat nu este cu putinţă pentru lumea noastră. Practic este imposibil să elimini sărăcia, durerea, bolile sărăciei, infirmitatea sau moartea.

Speranţa unei lumi cereşti este prezentă nu numai la societăţile creştine, ci şi la orice tip de comunitate religioasă. Credinţa în ceva de dincolo de noi şi de dincolo de raţiune, nevoia de transcendenţă, o regăsim în orice perioadă istorică şi pe orice meridian al globului pământesc. Plecând de la formele tribale de organizare a vieţii societare şi până la mutaţiile şi alternativele moderne, putem constata prezenţa, într-o modalitate sau alta, a acestei speranţe de mai bine.

S-au spus foarte multe lucruri şi încă se mai resimte nevoia unor noi cunoştinţe în domeniul pierderilor, durerii, suferinţei şi morţii. Datele pe care le avem provin în special din sfera bolilor terminale precum cancerul, SIDA etc., din cercetările privitoare la stabilirea unor strategii de a face faţă diverselor probleme, strategiilor de adaptare, calitatea vieţii aplicată la sfera medicală, şi din cercetările calitative şi fenomenologice concentrate pe diferite categorii de pacienţi.

Peste toate acestea, pacienţii, prietenii şi colegii rămân cei mai importanţi profesori în acest domeniu al pierderilor. Supravieţuitorii multiplelor pierderi, ca şi supravieţuitorii morţii clinice, ne pot ajuta - adesea prin imagini plastice şi metafore dramatice - să pătrundem în **experienţe umane de mare profunzime**. Ne pot vorbi despre **eliberarea sufletului de modelele tradiţionale referitoare la suferinţă, despre reorientarea şi modificarea viziunii asupra**

vieţii, despre creşterea sensului suferinţei şi eliberarea din fricile şi temerile dispariţiei.

Literatura de specialitate descrie **perspective psihoterapeutice** diferite ce se pot utiliza în domeniul pierderilor şi suferinţei. **Cele mai frecvente tehnici psihoterapeutice includ:** ***intervenţia în criză, tratament suportiv, tehnici de orientare psihanalitică, cognitiv-comportamentală şi existenţială.***

Freud (1917) şi Lindemann (1944) discută problema în cauză ca fiind strâns legată de obiectul pierderi. Asemenea lui Freud, Bowlby (1971, 1975, 1981) şi O' Neil (1989) consideră durerea ca fiind răspunsul emoţional la suferinţă şi pierderea ataşamentului figurilor primare.

Una dintre implicaţiile acestei teorii se referă la faptul că impactul pierderilor poate fi redus prin realizarea unei **ataşament de substitut** prin sprijin emoţional, informare şi educaţie, precum şi psihoterapie individuală, de cuplu sau familială (Solomon şi Mead, 1987; Dilly, Pies şi Helquist, 1989; Winiarski, 1991). Impactul existenţial al pierderilor asupra unei persoane este enorm.

Dezvoltarea psihologică normală necesită, printre altele, părăsirea cuibului familial şi dezvoltarea unui sens al propriului Eu/Sine.

Prima jumătate a vieţii cuprinde **experienţa separării** şi a **căpătării identităţii**, cristalizarea independenţei în faţa părinţilor, dezvoltarea unor relaţii pline de sens, învăţarea unor lucruri noi despre lume şi viaţă, dobândirea prin muncă a unui status social, învăţarea unui mod propriu de a te bucura şi de a-ţi crea un sens al vieţii.

În cealaltă jumătate a vieţii, cea de-a doua în ordine cronologică, are loc un declin al obiectivelor şi scopurilor stabilite în prima jumătate a vieţii şi pregătirea pentru moarte. Este o perioadă a **stabilizării, a reflecţiilor, conştientizării şi acceptării schimbărilor şi limitelor propriei vieţi** (Jung, 1956, 1960; Gordon, 1978, 1993; Baker & Wheelwright, 1982). Într-o dezvoltare normală, în jurul vârstei de 35-40 de ani apar schimbări majore de atitudine faţă de viaţă. **Crizele aduc cu Sine şi posibilitatea creşterii personale,**

ca şi posibilitatea de distrugere şi risipire a achiziţiilor anterioare. Noi soluţii sunt necesare, iar lipsa de perspectivă în rezolvarea acestor crize măreşte pericolul dezorganizării.

O dezvoltare normală aduce cu sine **recunoaşterea** şi **acceptarea crizelor** de orice natură ar fi ele; există crize biologice, psihice, culturale: separarea de cei dragi, moartea părinţilor, decese ş.a.m.d.

Criza, de obicei, implică evenimente asociate cu pierderea şi o experienţă asociată cu întreruperea ataşamentului faţă de persoane, locuri sau lucruri. Implică situaţii de modificare a modelelor comportamentale, circumstanţelor şi planurilor de viitor. Pierderile reprezintă şi un moment de reevaluare a ideilor, părerilor şi opţiunilor de viaţă pe care persoana se baza până la acel moment. Pot apărea noi înţelesuri şi adaptări (Liberman, 1975; Zinkin, 1989). **Dar ele reprezintă şi un pericol pentru psihic**. Pierderea şi durerea trebuiesc **acceptate pentru a putea fi depăşite**. În calitate de profesionişti implicaţi în acordarea de sprijin psihoterapeutic persoanelor care se confruntă cu multiple pierderi, considerăm că de cele mai multe ori ne confruntăm cu situaţia de-a căuta speranţa acolo unde nu există. Moartea este de neevitat şi vine când eşti sau când nu eşti pregătit, vrând - nevrând. Dar acceptarea ei, odată produsă, şi descifrarea sensului ei ca parte a unui ciclu natural, poate deschide drumul unei experienţe evolutive spirituale.

Dialogul cu pacienţii pe marginea tratamentului şi prognozelor este esenţial în informarea lor despre schimbările ce vor să vină. Discuţiile despre procesul morţii devin din ce în ce mai dificile pe măsură ce timpul se apropie.

Identitatea este marcată de experienţele care produc rupturi, separări în relaţiile interpersonale. Pierderile ridică înalte provocări filosofice: merită sau nu să trăieşti?; dilema de a rămâne între oameni sau a te izola; retragerea sau asumarea unor noi responsabilităţi; găsirea unor sensuri atunci când eşti înconjurat de nonsensuri etc. Imaginea de sine poate fi alterată, activitatea sexuală suferă schimbări, proiectarea viitorului poate fi gândită în mod

pesimist, apar schimbări de personalitate, interogații cu privire la sistemul de valori etc.

Prin aceste schimbări majore, **asumpțiile de bază despre Univers sunt modificate**. Toate acestea se află în interdependență şi acționează simultan. Există supraviețuitori care vorbesc şi despre **modificări pozitive**, care au loc în personalitatea lor prin apariția pierderilor sumative: devin mai **deschişi la diversitate, sentimentele de compasiune se intensifică, ajung să se împrietenească cu sine şi să se cunoască mai bine**.

O parte a identității este proiectată în viitor. *„Ce tipuri de relații vor fi importante pentru mine în viitor? Ce priorități voi stabili în cheltuirea timpului?".* Toate aceste proiecții ale viitorului implică oameni. Viitorul ridică problema incertitudinii şi a lipsei de încredere. Aşteptările şi considerațiile despre viață, formate de-a lungul anilor, sunt zdruncinate. Planificarea şi perspectivele viitorului sunt transfigurate. Lipseşte inițiativa, apare ahedonismul, lipseşte orientarea spre viitor, ruminații excesive pun stăpânire pe subiect. „Ostil trecutului, nerăbdător față de prezent şi înşelător față de viitor" (Camus, 1948: 68). Nu de puține ori se ridică dilema dintre a accepta existența destinului sau a-ți asuma responsabilitățile care decurg.

Stabilirea integrității individuale în fața experiențelor este esențială în regăsirea de sine. Fiecare persoană există prin ceilalți. Martin Buber (1970) concluzionează faptul că „omul devine un Eu prin Tu" (p. 80). Relația este reciprocă. Oamenii se definesc şi prin rolurile sociale pe care le îndeplinesc. „Pentru subiecții care au suferit pierderi masive, va exista un sens al pierderii nu numai la nivelul istoriei, ci şi al unei părți mari a Sinelui" (Shrader, 1992: 110). *„Dacă viață mea se aseamănă cu o carte, atunci nimeni nu ştie mai mult decât un singur capitol din ea"*, afirma un supraviețuitor.

Yalom (1985: 30) afirma că **„Dacă moartea fizică distruge oameni, ideea morții îi salvează". Teama de moarte este începutul înțelepciunii** (Miguel de Unamuno, 1921/1954). Confruntarea cu moartea reprezintă o parte importantă a beneficiilor paradoxale de care supraviețuitorii au parte.

Anxietatea răsare din confruntarea cu non-existenţa, dar este ceva mai mult decât teama faţă de moarte. Paul Tillich (1952/1980) definea anxietatea existenţială ca fiind „stadiul în care o fiinţă **este conştientă** de posibilitatea sa de a nu exista" (p. 35, s.n.), iar Kierkegaard înţelege disperarea ca fiind un defect, dar şi un merit: „Posibilitatea disperării reprezintă avantajul uman şi, în acelaşi timp, dezavantajul care-l caracterizează" (1989: 44-45). În confruntarea cu disperarea şi cu lupta între a exista şi a nu exista, supravieţuitorii răspund chiar prin curajul disperării. Disperarea despre care aminteam poate constitui fundamentul unei vieţi viguroase.

Heidegger (1962) distingea între două modele de existenţă: o **viaţă inautentică**, caracterizată de o existenţă falsă, şi o **viaţă autentică**, caracterizată de o existenţă conştientă şi conştientizată. Disperarea asumată este un pas către a deveni mai treaz, mai conştient.

Alţii pot dezvolta atitudini hedoniste sintetizate în dictonul: „Să ne înveselim acum, căci mâine vom muri!". În confruntările şi frământările acestor supravieţuitori, un subiect al ruminaţiilor macabre îl reprezintă soarta, destinul. Beethoven a spus: „Voi lua soarta de beregată!" - şi a luat-o. Soarta şi destinul sunt esenţiale experienţelor supravieţuitorilor şi cruciale modului sănătos de a se confrunta cu multiplele pierderi. Dar „nimeni nu întâlneşte soarta, decât cel care renunţă la libertate... nimeni nu este osândit, cu excepţia celui care crede în osândă", preciza M. Buber (1970).

Orice supravieţuitor care doreşte să trăiască ceva mai mult decât ca o simplă victimă trebuie să facă ceea ce V. Frankl sugera în 1959/1984: „Nu contează ceea ce noi aşteptăm de la viaţă, ci ceea ce viaţa aşteaptă de la noi" (p. 98). Aceasta va conduce inevitabil la **schimbări**, incluzând responsabilitatea pentru propriul nostru destin. „Disperarea autentică este acea emoţie care forţează persoana să vină la termenii destinului... Disperarea nu este libertatea însăşi, ci o pregătire necesară pentru libertate" (R. May, 1981: 235). „Libertatea este mama tuturor valorilor", precizează psihologul existenţialist Rollo May (1981: 6), iar Buber nota că: „Soarta şi Libertatea sunt făgăduite

una alteia. Soarta este încurajată numai de cel care actualizează Libertatea" (1970: 102). Onestitatea şi integritatea sunt adevăratele valori ale vieții autentice. A trăi o viață autentică nu este la îndemâna oricui, dar reprezintă o încercare vitală pentru unii supraviețuitori.

Mulți existențialişti au scris despre faptul că cei care evită lupta cu nonexistența evită de fapt existența, iar psihanalistul Otto Rank descrie nevroticul drept acea persoană care „refuză împrumutul vieții pentru a evita să plătească datoria (moartea)" (1945: 126).

Spiritualitatea aduce multe beneficii supraviețuitorilor multiplelor pierderi. Cu mult înainte de apariția unor tehnici moderne şi ştiințifice de psihoterapie adaptate durerii, strategiile cele mai la îndemâna oamenilor au fost **credințele religioase**. Înțelepciunea izvorâtă din spiritualitate aduce sprijin valoric însemnat. **Spiritualitatea nu elimină suferința, ci dezvoltă o modalitate de a-i face față şi a dobândi o noua creştere a personalității**. „Ea face viața plină de înțeles şi plină de scopuri" (Frankl, 1959/1984: 87).

Dilema dintre libertate şi destin este profundă şi exact aici este, probabil, punctul în care psihoterapeutul trebuie să intervină. Manifestările durerii sunt variabile şi individuale (Martocchio, 1985). Unii supraviețuitori se bucură de sprijin din partea unor grupuri de suport. Alții beneficiază de ajutorul unui psihoterapeut, iar alții refuză orice formă de ajutor, preferând să treacă singuri prin drama durerii. Unii preferă să fie ascultați în mod empatic, în timp ce alții preferă sfaturi directe. În timp ce pentru unii ritualurile dețin un loc important, pentru alții acestea nu-şi au rostul.

Fără ajutorul altora, magnitudinea impactului generat de pierderile multiple devine copleşitoare. Supraviețuitorii din studiul lui Shrader confirmă această idee afirmând că „pierderile multiple nu pot fi rezolvate cu succes de unui singur, ci supraviețuitorii trebuie să utilizeze sprijinul din toate părțile de unde poate fi găsit" (1992: 140). **Nimic nu este mai important în refacere decât sprijinul social.**

Supraviețuitorii care nu se izolează ci caută să împărtăşească propria experiență cu alții vor observa, în primul rând, că **nu sunt**

singuri. Unii au îndurat dureri şi suferinţe similare, iar alţii au descoperit tehnici şi modalităţi de supravieţuire pe care vor să le împărtăşească. Există cineva care îi ajută şi există speranţă.

Sprijinul social este crucial mai ales pentru cei traumatizaţi. În comunităţile evreieşti, de exemplu, prin cutumă se răspunde imediat la suferinţa unuia dintre membrii acesteia (Jay, 1994).

Acei supravieţuitori care se pot baza pe un sistem social format din familie sau prieteni sunt norocoşi. „Relaţiile apropiate dezvoltă suport continuu, confort şi un sens al securităţii şi stabilităţii într-o viaţă plină de ambiguităţi" (Jue, 1994: 325). Într-un studiu destinat să măsoare influenţa suportului social asupra durerii în rândul supravieţuitorilor homosexuali, Lennon (1990) a concluzionat că suportul social reprezintă o variabilă crucială în determinarea nivelului de distres în rândul acestora.

Supravieţuitorii multiplelor pierderi experimentează schimbări irevocabile în viaţă. Nu există modalitate de a înlocui aceste pierderi. Este o realitate greu de acceptat pentru majoritatea supravieţuitorilor, dar **procesul regăsirii de sine trebuie să înceapă cu înţelegerea şi acceptarea acestei realităţi dureroase.**

De cele mai multe ori, supravieţuitorii sunt copleşiţi şi încearcă să gândească că aşa ceva nu este posibil să fie adevărat. Cu toate acestea, **supravieţuitorii sunt cel mai mult ajutaţi prin confruntarea directă cu realitatea.** O multitudine de pierderi înseamnă o multitudine de dureri. Durerea experimentată este copleşitoare, acumularea durerii **nerezolvate** în forme incomensurabile lasă fără umbră de speranţă orice încercare de redresare.

Confruntarea cu pierderile copleşitoare poate tenta supravieţuitorii să ignore trecutul. Închiderea emoţională poate însemna mai mult, dobândirea unui confort - spre deosebire de amintirile dureroase provocate de „lucrul cu durerea" în cadrul psihoterapiei. De aici rezistenţa prin negarea durerii. Dar **durerea este esenţială pentru procesul de vindecare şi creştere**. Consilierii trebuie să folosească limbajul evocativ, clar şi fără ambiguităţi. **Rolul profesionistului este acela de partener în suferinţă** (Ochberg, 1993).

Pentru cei care se complac însă într-o neputință învățată, se recomandă **terapia directivă**. Una dintre **tehnicile utile** în asemenea situații o reprezintă **concentrarea asupra viitorului**.

Cum poți proceda? Chestionează-l în mod direct despre viitor. Dacă nu este pregătit să gândească la viitor, se pot folosi întrebări de învăluire: *„Dacă nu ai* fi *copleșit de pierderi, ce ți-ar plăcea să faci/simți/gândești?"*. Cei mai mulți **recunosc** faptul că se află **într-o situație anormală**, date fiind circumstanțele de viață în care se găsesc. Conștientizează faptul că trec printr-o situație de dezastru, unică pentru viața lor.

Grupurile de suport sunt validate științific și practic, întrucât reprezintă **o sursă a reasigurării emoționale**, facilitează accesul la informație, contactele sociale, și dețin **cea mai utilă funcție - aceea de martor la experiența supraviețuitorilor**. Interacțiunile și interrelaționările cu alți supraviețuitori ai multiplelor pierderi sunt benefice din mai multe motive:

- Oferă garanția faptului că experiența supraviețuitorilor este înțeleasă.
- Pot reprezenta cea mai terapeutică sursă de refacere.
- Sunt folosite cu succes pentru o largă varietate de probleme, incluzând persoanele suferinde de cancer, alcoolism, văduve, persoane seropozitive, adolescenți etc.
- Reprezintă o excelentă sursă de informare și educație.
- Oferă cadru de discuții privind apariția unor noi medicamente, resursele existente la nivel comunitar, schimb de experiențe și cunoștințe.

Dezvoltarea unui **sens al reintegrării și al universalității** este una dintre cele mai utile funcții ale grupului, alături de **reasigurarea emoțională**. Grupul **elimină sentimentele de izolare și alienare**. Supraviețuitorii își pot exprima durerea și împărtăși suferința celorlalți care nu sunt prea străini de cele ce aud, fiecare dintre participanți confruntându-se, la rândul său, cu diverse pierderi. **Este locul de validare și valorizare a pierderilor suferite**.

Structura unui grup de suport diferă în funcţie de specificul grupului, de problemele pe care le abordează etc. **În cazul grupurilor axate pe multiple pierderi se recomandă doi traineri (purtători ai imago-urilor parentale) şi între 7 - 10 participanţi în mod regulat.** Selecţia participanţilor se face în funcţie de scopul grupului, pierderi comune, ca şi tematică.

Regulile de bază sunt: confidenţialitate şi respect unul faţă de celălalt. Prezenţa a doi traineri este de preferat, întrucât prezintă oportunitatea explorării unor perspective diferite şi reduce din stresul care l-ar putea năpădi pe unul singur (Klein & Fletcher, 1987), oferă echilibru şi stabilitate grupului, elimină deficienţele care ar putea apărea, asigură continuitate atunci când unul dintre ei lipseşte etc.

Distanţa pe care trainerii ar trebui să o păstreze între ei şi membri grupului este controversată. Există păreri care consideră menţinerea unor graniţe extrem de necesară. Există şi păreri conform cărora trainerii trebuie să se integreze printre participanţi, ceea ce implică asumarea unui risc.

„Scopul grupurilor de suport este acela de a dezvolta protecţie, mediu securizant unde individul are oportunitatea de a căpăta încredere şi a discuta realitatea pierderilor sale cu alţii, ale căror pierderi sunt similare" (O'Donnell, 1989: 1). Scopul poate fi atins printr-o varietate de căi, care şi includ: selecţia atentă a participanţilor, stabilirea conţinutului şi a regulilor de grup, folosirea relaxării şi exerciţiilor de ghidare a imaginaţiei, educaţie, evaluare continuă, psihoterapie Balint, modificarea percepţiilor şi mobilizarea de a împlini nevoi şi dorinţe. La început se pune accentul pe angajare, umor, empatie, dorinţă de a învăţa, atitudini cooperante şi abţinerea de la judecarea altuia, cunoaşterea resurselor comunitare şi dorinţa intensă de a participa la grup.

Deseori sunt invitate diferite personalităţi cu diverse preocupări: jurist, maseur, psihoterapeut - altul decât cel care conduce alături de un medic grupul - nutriţionist, epidemiolog, asistent social, preot etc. Regula de aur a grupului o reprezintă **confidenţialitatea**. Membrii grupului se ascultă şi se respectă unul

pe altul, o singură persoană vorbeşte la un moment dat, se schimbă numărul de telefon dar nu adresa, punctualitate în începerea şi terminarea şedinţelor, nu se acceptă consumul de drog sau alcool, aranjarea camerei după terminarea şedinţelor ş.a.m.d.

Conţinutul şedinţelor terapeutice se poate axa pe descrierea procesului durerii şi discuţii asupra lui; se folosesc casete, fotografii, muzică, poezii; recunoaşterea furiei, vinovăţiilor, jenei, blamului; comunicarea şi învăţarea deprinderilor (inclusiv alimentare); exerciţii de exprimare a stresului; probleme religioase şi spirituale ş.a.m.d. Persoanele din grup sunt părinţi, soţi, parteneri de viaţă, prieteni, îngrijitori, rude, cunoştinţe, specialişti. **Durata variază de la câteva săptămâni la câteva luni.**

O altă modalitate cu valenţe terapeutice o constituie ritualurile. Ritualurile sunt extrem de necesare şi utile în comemorarea pierderilor, dezvoltă o perspectiva controlabilă asupra separării şi împrospătează aducerea aminte. Ritualurile sunt proceduri formale şi solemne, obiceiuri practicate pentru a comemora ceva anume. Simbolizează tranziţia, vindecarea şi continuitatea (van der Hart, 1983).

Sunt investite cu sens şi multe înţelesuri. **Ritualurile sunt o formă a vindecării holistice,** o evidenţă a modului în care „afectează mintea, voinţa şi inima noastră. Ritualurile mişcă pasiunile" (Kollar, 1989: 272). „Ritualurile pot fi modalităţi practice de rezolvare cu succes a durerii individuale sau familiale" (Rando, 1984: 105). **Ele sunt o modalitate excelentă de actualizare a pierderii, simbolizând natura sa irevocabilă.** Ritualurile care supravieţuiesc în timp vor structura timpul, în aşa fel încât aducerea aminte va lua contur şi formă sufletească. Serviciile memoriale, funerariile şi veghea (priveghiul) sunt cele mai comune forme de ritualuri pentru cazurile de deces. Acestea sunt **extrem de importante pentru supravieţuitori.** Aceste ceremonii îndeplinesc o sumă de funcţii valide (Fulton, 1995):

- întrerup rutina zilnică;
- aduc în prim plan realitatea pierderii;

- oferă oportunitate pentru suport;
- stabilesc o punte de legătură între supravieţuitor şi cel decedat.

Ceremoniile demonstrează „înţelegerea continuităţii legăturii dintre viaţă şi moarte" (Kollar, 1989: 274) şi **pot fi individuale sau colective.** Varietatea ritualurilor diferă de la o regiune culturală la altă, de la un popor la altul, de la o ţară la alta. Vom aminti câteva ritualuri, considerate a fi cele mai cunoscute şi mai popularizate.

Proiectul Numelor *(The Names Project Quilt),* folosit la comemorarea celor care au murit din cauza maladiei incurabile (SIDA). Este cea mai răspândită formă de aducere aminte în asemenea situaţii.

Alţi supravieţuitori preferă să păstreze scrisori, fotografii şi alte obiecte de aducere aminte. Comemorarea anumitor zile care, şi înainte de a muri cel drag, erau sărbătorite împreună: ziua de naştere a celui decedat, o sărbătoare cu adânci semnificaţii etc. Răspândirea cenuşii celor care au fost arşi la crematoriu reprezintă un moment special, dureros şi solemn pentru familie şi cei apropiaţi. Scrierea unui necrolog, ceea ce implică un efort colectiv din partea celor apropiaţi.

Amenajarea unui loc special pentru îngroparea celui decedat, ornamentarea cu diferite simboluri care să ajute la comemorarea pierderii. Vizitarea unui loc special, acolo unde mergeau din când în când numai cu cel drag şi acum pierdut - locul în care cei mai mulţi supravieţuitori mărturisesc că pot „sta de vorbă" cu cel decedat. Pot merge acolo pentru regăsirea de sine. **Frecventarea săptămânală a unor grupuri de suport poate fi un alt ritual pentru supravieţuitor.**

Specialiştii cei mai apropiaţi de sufletul celor care au trecut prin durerosul proces al multiplelor pierderi sunt consilierii, psihoterapeuţii şi asistenţii sociali. Un rol important îl deţin adesea şi voluntarii implicaţi într-o asemenea muncă. Profesionistul trebuie să fie conştient de unicitatea domeniului şi de **specificitatea** sa în comparaţie cu alte probleme care necesită

psihoterapie. Funcţiile terapiei includ educaţie, nevoia de a acorda sprijin emoţional continuu, transpunerea în starea de părtaş la suferinţă, asigurarea confidenţialităţii.

Evaluarea iniţială include gândurile clientului, deprinderile acestuia, pierderile anterioare, stresorii existenţi, magnitudinea şi impactul pierderilor, strategiile de care dispune, reţeaua socială în care convieţuieşte etc. Supravieţuitorul vine la **psihoterapie** pentru **a găsi uşurare** pentru problemele şi durerea sa, pentru **a descoperi o altă perspectivă asupra pierderilor**, pentru a obţine împreună cu terapeutul o **reaşezare şi o interiorizare corectă a celor întâmplate**.

Creşterea personală apare în timpul acestui proces de asistare şi reaşezare valorică a experienţei avute. Cel mai util consilier este acela care deţine deprinderile fundamentale pentru munca de psihoterapie şi cel care este conştient de specificul problemei cu care se confruntă. Calitatea personalului afectează calitatea îngrijirii primite; „unele persoane sunt mai potrivite decât altele să ofere îngrijire în suferinţă" (Martocchio, 1985: 337*)*.

Cel mai bun consilier trebuie să prezinte următoarele **caracteristici**: să deţină deprinderi foarte bune de comunicare, empatie, compasiune, sensibilitate, prezenţă personală, abilitatea de a fi cu oamenii, conştiinţa limitelor personale (Lattanzi, 1982). Şi mai folositor este acel consilier **care a trecut poate prin experienţe de pierdere similare sau apropiate clientului şi care deţine cunoştinţe şi practică în psihoterapia existenţialistă**.

Consilierul trebuie să aibă atitudini de acceptare necondiţionată a diferenţelor şi să respecte diversitatea. Este extrem de important ca dialogul existenţial **să nu se focalizeze în mod exclusiv pe problemele prezentate**.

Consilierul ajută clienţii să evalueze situaţia în care se găsesc, să identifice ceea ce vor în fapt, să exploreze alternativele de atingere a scopurilor propuse şi să-i încurajeze în efortul de realizare a acestora.

Evaluarea este un efort colaborativ, ghidat totuşi de către consilier, care trebuie să fie foarte bine informat asupra

complicaţiilor suferite de către supravieţuitorii multiplelor pierderi. Aşadar, profesionistul **care decide să lucreze cu supravieţuitorii multiplelor pierderi** trebuie să se întrebe şi să se analizeze în legătură cu aptitudinile, atitudinile şi motivaţia sa pentru o asemenea muncă. **Această muncă cere deprinderi specifice asistării traumelor şi dezastrelor existenţiale**. Este o muncă dificilă, frustrantă şi uneori ambiguă dar, dincolo de toate acestea, este o oportunitate pentru creşterea personală atât a clientului, cât şi a specialistului, de învingere a temerilor şi transmutare a suferinţei, de maturizare şi evoluţie spirituală.

Referințe bibliografice

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, DC: Author.

Appelby G.A. (1995), *AIDS and homophobia/heterosexism,* Journal of Gay and Lesbian Social Service, 2, 1-23.

Baker J.M. & Kelley L.K. (1986), *Loss: some origins and nursing implications,* în D.C. Lango & R.A. Williams (eds.) *Clinical Practice in Psychosocial Nursing,* Norwalk, CT., Appleton-Century-Crofts, pp. 75-95.

Baker B. & Wheelwright J. (1982), *Analysis with the aged,* în M. Stein (ed.) *Jungian Analysis,* London: Open Court, pp. 256-274.

Beckenridge J., Gallagher D., Thompson L. & Peterson J. (1986), *Characteristic depressive symptoms of bereaved elders,* J. Gerontol. 41: 163-8.

Bennett L. (1992), *The impact of HIV/AIDS on health care professionals: psychosocial aspects of care,* Ph.D. Thesis Sydney: Department of Public Health, The University of Sydney.

Bennett L. (1992), *The experiences of nurses working with hospitalized AIDS patients,* Austr. J. Soc. Issues. 27: 125-143.

Bennett L. & Kelaher M. (1993), *Longitudinal determinants of patients carerelated stress in HIV/AIDS health professionals,* IX Int. Con. AIDS (Berlin).

Bess J. (1969), *Grief* is, în A.H. Kutscher (ed.), *Death and bereavement,* Springfield, IL: Charles C. Thomas, pp. 202-203.

Bettelheim B. (1980), *The Holocaust - One generation later,* în *Surviving and other essays,* New York: Vintage Books, pp. 84-104.

Biblia sau Sfânta Scriptură a Vechiului și Noului Testament (1990), Iov cap. 1-42, Societatea Biblic.

Bickelhaupt E.E. (1995), *Alcoholism and drug abuse in gay and lesbian persons: A review of incidence studies,* Journal of Gay and Lesbian Social Service, 2, 5-14.

Bidgood R. (1992), *Coping with the trauma of AIDS losses,* în H. Land (ed.), *AIDS: Complete guide to psychosocial intervention,* Milwaukee, WI: Family Service America, pp. 239-252.

Bidgood R. (1992), *Coping with the trauma of AIDS losses,* în Land H. (ed.), *AIDS: Complete guide to psychosocial intervention,* Milwaukee, WI: Family Service America, pp. 239-252.

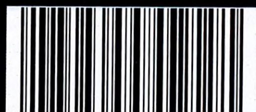
„Din ce în ce mai mulți oameni se confruntă astăzi cu pierderea celor dragi, cu durerea multiplelor pierderi cauzate de maladii incurabile, cu situațiile de abandon şi separare socioafectivă, cu traumele şi accidentele de tot felul, cu sărăcia şi lipsa de speranță, modificări imprevizibile de status-rol cu urmări în scăderea autoîncrederii, deteriorarea imaginii de sine şi a echilibrului psihologic. Lor le dedicăm, în primul rând, eforturile noastre.

În acelaşi timp, există o serie de profesionişti implicați în actul medical, psihologic şi social al asistării acelor categorii de persoane care parcurg experiențe biologice şi psihologice limită, precum şi în asistarea familiilor şi prietenilor acestora, supraviețuitorii suferinței. Medici, asistenți sociali şi medicali, psihologi şi psihoterapeuți, preoți se confruntă ei înşişi cu stresul psihologic inerent contextului profesional şi spiritual al celor pe care îi sprijină. În această situație, ei stau mereu sub semnul lipsei de speranță, a unei «neputințe învățate» şi a recunoaşterii frustrante a imposibilității de a aduce rezolvare şi alinare.

Aceşti profesionişti aflați în preajma suferinței, disperării şi tragismului pierderilor multiple (biologice, psihologice şi sociale) devin ei înşişi deprimați sau furioşi față în față cu «irecuperabilul», gustând zilnic doza de intoxicare cu sentimente de neputință, culpabilizare, teamă, izolare, tristețe cronică.

Puterea de a îndura, de a accepta, de a înțelege, de a sprijini şi de a dărui necondiționat, fără a înceta să iubeşti şi să speri, poate însenina, creşte şi fortifica ființa umană confruntată cu cele mai irevocabile şi indezirabile situații, o poate ajuta să se înalțe dincolo de ele. Înțelegându-le tâlcul ascuns, omul învinge, stăpâneşte şi integrează experiența durerii, transformând-o în parte a devenirii sale."





978-973-8383-81-4